

Université de Montréal

Cohabitation des soins palliatifs et des soins curatifs :
proposition d'un modèle d'organisation des soins infirmiers en milieux hospitaliers

par Dencia Jean-Paul

Faculté des sciences infirmières

Travail dirigé présenté en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M. Sc.)
option administration des services infirmiers

Juillet 2017

© Dencia Jean-Paul, 2017

Résumé

Problématique. Des soins palliatifs peuvent être offerts sur des unités de soins curatifs en milieux hospitaliers. Dans ce contexte de soins mixtes, Fillion et Saint-Laurent (2003) rapportent que les stressors organisationnels (conditions de travail difficiles, manque de reconnaissance et de soutien) peuvent nuire à la qualité et à la sécurité des soins palliatifs ainsi qu'à la santé et à la satisfaction au travail des infirmières considérablement plus que les stressors professionnels (communication interprofessionnelle difficile, manque de temps et de formation) et les stressors émotionnels (expérience avec le deuil, la souffrance, la mort). Peu d'écrits présentent des modèles d'organisation des soins infirmiers qui proposent des stratégies susceptibles d'atténuer ces stressors. **But.** Proposer un modèle d'organisation des soins infirmiers susceptible d'atténuer les stressors organisationnels sur des unités de soins en milieux hospitaliers où cohabitent à la fois des soins palliatifs et des soins curatifs. **Méthodologie.** La stratégie de recherche est le *scoping review* et les écrits recensés entre 2007 et 2017 proviennent des bases de données CINAHL, PsycInfo et Scopus, du moteur de recherche Google® et de la méthode boule de neige. **Résultats.** Le modèle OASIS, issu du modèle d'organisation des soins infirmiers de Dubois et al. (2012), dénote que la division du travail, le cadre et l'accompagnement professionnels des infirmières, contribuent à l'expérience de soigner les patients dans un contexte de soins mixtes. **Conclusion.** Le modèle OASIS propose des stratégies susceptibles d'atténuer les stressors dans le but d'assurer la qualité et la sécurité des soins et de promouvoir la santé et la satisfaction au travail des infirmières.

Mots clés : organisation, soins palliatifs, soins curatifs, environnement, stressors

Abstract

Background. Palliative care could be provided on curative care units in hospitals. In this context of mixed care, Fillion and Saint-Laurent (2003) report that organizational stressors (difficult working conditions, lack of recognition and support) may affect the quality and safety of palliative care and the health and job satisfaction of nurses considerably more than professional stressors (difficult interprofessional communication, lack of time and lack of training) and emotional stressors (experience with grief, suffering, death). Few papers present nursing care organization models that suggest strategies to mitigate these stressors. **Aim.** To propose a nursing care organization model adapted to health care units in hospitals where both palliative care and curative care coexist and which can alleviate organizational stressors. **Methodology.** The search strategy is the scoping review and the writings recorded between 2007 and 2017 come from CINAHL, PsycInfo and Scopus databases, Google® search engine and the snowball method. **Findings.** The OASIS model from the nursing organization model of Dubois et al. (2012) shows that the division of labor, the professional framework and support of nurses contribute to the experience of caring for patients in a context of mixed care. **Conclusion.** The OASIS model proposes strategies to mitigate stressors in order to ensure the quality and safety of care and to promote the nurses health and job satisfaction.

Keywords : organization, palliative care, curative care, environment, stressors

Table des matières

Résumé.....	ii
Abstract.....	iv
Liste des tableaux.....	ix
Liste des figures	xi
Liste des abréviations.....	xiii
Dédicace.....	xv
Remerciements.....	xvii
Problématique	1
Question, but et objectifs du travail dirigé.....	7
Question du travail dirigé.....	8
But du travail dirigé	8
Objectifs du travail dirigé.....	8
Cadre de référence	9
Méthodologie	12
Stratégie de recherche	13
1) Identification de la question de recherche	14
2) Identification des écrits pertinents.....	14
3) Sélection des écrits	15
4) Extraction et catégorisation des données.....	16
5) Organisation, synthèse et présentation des résultats.....	16
6) Consultation d'experts.....	17
Démarche de recherche documentaire	17
Écrits issus de la littérature scientifique	17
Écrits issus de la littérature grise.....	22
Écrits issus de la méthode boule de neige	23
Article	28
Références (article)	51
Proposition d'un modèle d'organisation des soins infirmiers.....	56
Discussion.....	60
Conclusion	64
Références (travail dirigé).....	66

Appendice A	70
Appendice B.....	72
Appendice C.....	76
Appendice D	79
Appendice E.....	82
Appendice F	85

Liste des tableaux

Tableau 1 : Tableau d'analyse des écrits	71
Tableau 2 : Équation de la stratégie de recherche dans CINAHL	77
Tableau 3 : Équation de la stratégie de recherche dans PsycInfo	80
Tableau 4 : Équation de la stratégie de recherche dans Scopus.....	83
Tableau 5 : Équation de la stratégie de recherche dans Google®	86
Tableau 6 : Écrits retenus.....	24

Liste des figures

Figure 1 : Cadre de référence de Dubois et al. (2012).....	10
Figure 2 : Schéma de la stratégie de recherche dans CINAHL	19
Figure 3 : Schéma de la stratégie de recherche dans PsycInfo	20
Figure 4 : Schéma de la stratégie de recherche dans Scopus.....	21
Figure 5 : Écrits issus de la littérature scientifique	22
Figure 6 : Écrits issus de la littérature grise	22
Figure 7 : Écrits issus de la méthode boule de neige	23
Figure 8 : Modèle OASIS	58

Liste des abréviations

AIIAO : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

ASSS : Agence de la santé et des services sociaux

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CINAHL : Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

DSI : Direction des soins infirmiers

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux

OASIS : [modèle d']organisation adapté aux soins palliatifs/curatifs en soutien aux infirmières soignantes

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Dédicace

Aux deux hommes de ma vie :

Dimitri, mon bel Ami,

Diego, mon bel Amour.

Remerciements

Isabelle Brault, inf., Ph. D., professeure agrégée
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

J'ai fait la rencontre de Madame Brault lors de mes études au baccalauréat en sciences infirmières à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Je vous remercie pour votre soutien et votre expertise qui ont su me guider jusqu'à la réalisation de ce grand projet de synthèse des connaissances. *Merci d'avoir cru en mon potentiel.*

Alain Legault, inf., Ph. D., professeur agrégé
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

J'ai connu Monsieur Legault lors d'une séance du cours SOI2614 - *Expériences de fin de vie* au printemps 2014 au baccalauréat en sciences infirmières à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Votre expertise sur les soins palliatifs n'a été qu'enrichissante pour la réalisation de mon projet de maîtrise. *Merci pour ce partage de connaissances.*

Pénélope Gardon, technicienne en gestion des dossiers étudiants (TGDE)
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Madame Gardon a été la TGDE à la première année de la maîtrise en sciences infirmières à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Vous ne faisiez que votre travail et pourtant, ce 12 février 2016 a été marquant. *Merci pour vos mots d'encouragement.*

Dimitri

Résiliente grâce à toi. *Merci pour ta belle et longue Amitié.*

Diego

Je t'aime plus qu'hier et moins que demain. *Merci pour ton Amour sincère et infini.*

Problématique

Les soins palliatifs sont dans la mire des médias dans la foulée des changements vécus dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec. De nouvelles lois provinciales ont récemment été adoptées. La Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, O-7.2 R. L. R. Q. (2017) est entrée en vigueur en avril 2015 et se penche sur les environnements de soins en réorganisant le réseau dans le but de le rendre plus efficace et plus efficient ainsi que pour améliorer l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins. Quant à la Loi concernant les soins de fin de vie, S-32.0001 R. L. R. Q. (2017), entrée en vigueur en décembre 2015, elle révèle des dispositions quant aux *droits des personnes relatifs aux soins de fin de vie* et des *règles particulières applicables aux dispensateurs des soins de fin de vie*. L'article 4 de cette loi statue que « [toute] personne, dont l'état le requiert, a le droit de recevoir des soins de fin de vie [...] » (S-32.0001 R. L. R. Q. §4, 2017). L'article 8 ajoute que « [tout] établissement doit adopter une politique portant sur les soins de fin de vie. [...] » (S-32.0001 R. L. R. Q. §8, 2017). Enfin, l'article 9 mentionne que « [tout] établissement doit prévoir, dans son plan d'organisation, un programme clinique de soins de fin de vie. [...] » (S-32.0001 R. L. R. Q. §9, 2017). Les établissements de santé québécois doivent répondre à ces mesures législatives, encadrer et offrir des services de soins de fin de vie aux bénéficiaires qui les requièrent. À ces changements législatifs, s'ajoute le phénomène démographique du vieillissement. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 15,7 % de la population québécoise en 2011 (Institut de la statistique du Québec, 2015b). Les projections statistiques prévoient que la taille de cette tranche d'âge sera en augmentation : 25,2 % en 2031 et 30,0 % en 2041 (Institut de la statistique du Québec, 2015b). L'espérance de vie des 65 ans et plus est en croissance et ce phénomène occasionne une hausse de l'incidence de maladies dégénératives et chroniques qui a pour conséquence une

augmentation de la demande de soins palliatifs (Institut de la statistique du Québec, 2015b; MSSS, 2015). En 2013, quelque 60 800 décès ont été constatés au Québec, dont la grande majorité était des personnes du troisième âge, et ce nombre sera en augmentation dans les années à venir (Institut de la statistique du Québec, 2015a, 2015b). Par conséquent, les prestataires de soins de santé, dont les infirmières soignantes, auront à répondre à la hausse de demandes de soins palliatifs, entre autres, de la part de la clientèle vieillissante (OIIQ, 2004b). Une main d'œuvre qualifiée possédant des compétences et des connaissances rattachées à cette clientèle devient une nécessité afin de combler ses besoins (Ouellette & Lecomte, 2002). Or, la plupart des infirmières soignantes manquent de formation en soins palliatifs et se disent inexpérimentées (Fillion et al., 2013).

L'offre de soins palliatifs a fait son entrée au Québec dans la décennie des années 70 (La Fontaine, 2011). Aujourd'hui, différents modèles d'organisation des soins palliatifs sont répertoriés et une grande variation de l'offre de ces soins est observée dans la province (MSSS, 2015). Des soins palliatifs sont offerts dans divers milieux comme à domicile, dans des centres hospitaliers, dans des CHSLD ou dans des maisons de soins palliatifs (Association canadienne de soins palliatifs, 2015). Au Québec, en 2012, près de six décès sur 10 étaient dans des contextes hospitaliers (MSSS, 2015). Toutefois, peu d'unités spécialisées en soins palliatifs existent dans les établissements de santé québécois (Le Sénat du Canada, 2010). Des soins palliatifs sont offerts sur des unités de soins curatifs dans certains milieux hospitaliers du Québec; autrement dit, ces unités offrent des soins de santé mixtes, c'est-à-dire à la fois palliatifs et curatifs. Quelque 20 000 infirmières québécoises, qui œuvrent sur des unités de médecine, de gériatrie, d'oncologie, de soins intensifs, dans les urgences ou au soutien à domicile, peuvent

avoir à offrir des soins palliatifs aux personnes en fin de vie en plus de prodiguer des soins curatifs à d'autres bénéficiaires (Lapointe, 2010). Certaines infirmières rapportent qu'il existe une pression organisationnelle pour offrir les soins curatifs aux dépens des soins palliatifs sur des unités de soins mixtes (Fillion et al., 2013; Fortin & Bouchard, 2008). Une philosophie de soins encourageant la sauvegarde de la vie, prédomine sur ces unités où « la mort est souvent perçue comme un échec » (Fillion et al., 2013, p. i). Cette culture de soins peut être une source d'insatisfaction au travail pour ces infirmières (Fillion et al., 2013; Fortin & Bouchard, 2008). Les infirmières qui œuvrent sur des unités de soins mixtes disent vivre une dualité en étant partagées spirituellement et physiquement entre deux réalités à la fois contrastantes et contradictoires lorsqu'elles prodiguent des soins palliatifs et des soins curatifs (Johansson & Lindahl, 2011). De plus, des infirmières rapportent que les patients en fin de vie requièrent plus de temps par opposition aux patients nécessitant des soins curatifs (Johansson & Lindahl, 2011). Certaines soignantes se voient parfois contraintes de limiter le temps dont elles disposent pour prodiguer des soins palliatifs aux patients en phase terminale (Lavoie & Marcoux, 2012). Celles-ci vivent des dilemmes et une souffrance éthiques et sont sujettes à la détresse morale lorsqu'elles ne parviennent pas à répondre aux demandes de soins des patients en fin de vie (Johansson & Lindahl, 2011; Sadler, 2012). Cela peut potentiellement affecter leur santé au travail (Dorris, 2013) et résulter en des difficultés de rétention du personnel infirmier ainsi que mener à un roulement de personnel (Maslach & Jackson, 1981; Tunnah, Jones, & Johnstone, 2012). Or, un haut taux de roulement du personnel infirmier peut mener à une altération de la qualité des soins (Fillion et al., 2013).

Dans un contexte d'offre de soins palliatifs dans un environnement curatif, Fillion et

Saint-Laurent (2003) rapportent que les stressseurs organisationnels, considérablement plus que les stressseurs professionnels et les stressseurs émotionnels, sont sujets à affecter la qualité des soins palliatifs que souhaitent offrir les infirmières soignantes. Elles rapportent que les stressseurs organisationnels comprennent les conditions de travail difficiles, le manque de reconnaissance et le manque de soutien de l'organisation. Les stressseurs professionnels concernent, entre autres, le manque de temps à consacrer aux patients en fin de vie, la communication interprofessionnelle difficile et le manque de formation (Fillion & Saint-Laurent, 2003). Quant aux stressseurs émotionnels, ils comprennent l'expérience personnelle que les infirmières ont entretenue avec la fin de vie : le deuil, la souffrance d'autrui, le côtoiement de la mort (Fillion & Saint-Laurent, 2003). Les gestionnaires, quant à elles, témoignent de la pression organisationnelle qui privilégie les soins curatifs aux dépens des soins palliatifs (Fillion & Saint-Laurent, 2003). Ces gestionnaires perçoivent la résilience, la souffrance et la sensibilité éthiques des infirmières soignantes qui travaillent sur des unités mixtes (Fillion et al., 2013). Or, certaines s'avouent sans ressource quant au soutien à offrir aux infirmières soignantes face aux dilemmes vécus dans le cadre de leur travail (Fillion et al., 2013).

En considérant l'ensemble du contexte des unités de soins mixtes et des difficultés rencontrées par les infirmières soignantes et les gestionnaires, Fillion et Saint-Laurent (2003) reconnaissent la pertinence de se pencher sur l'organisation des services de soins palliatifs. Elles admettent qu'il y a urgence à identifier des pistes de solutions afin d'atténuer les stressseurs organisationnels et de diminuer leurs effets. Dans son mémoire traitant de l'« [optimisation de] la contribution des infirmières et infirmiers pour améliorer l'accès aux soins [et] assurer la qualité et la sécurité des soins [...]», l'OIIQ (2014b) statue que des éléments de l'organisation

des services de santé et des responsabilités des infirmières devraient mettre à contribution des modèles de soins qui renforceront l'utilisation des ressources, l'accessibilité ainsi que la qualité et la sécurité des soins. L'OIIQ (2004a) reconnaît que les modèles d'organisation de soins et de services doivent s'adapter, entre autres, aux tendances démographiques et sociales. Une utilisation optimale des ressources professionnelles ainsi que l'offre de soins et de services sécuritaires sont parmi les quelques défis que doit relever le réseau de la santé québécois. Comme le précise l'AIIAO, les infirmières gestionnaires, qui devraient être des leaders et des modèles de rôle pour leurs pairs, jouent un rôle de premier plan quant à la gestion et à la planification de l'organisation des soins (Spence Laschinger et al., 2007). Or, peu d'écrits décrivent des modèles d'organisation des soins infirmiers sur les unités de soins mixtes qui offrent des soins palliatifs dans un environnement de soins curatifs. Conséquemment, par la réalisation du travail dirigé, l'étudiante souhaite combler cette importante lacune en recensant des articles de recherche ainsi que des documents gouvernementaux et d'organisations du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. L'objectif du travail dirigé est d'offrir un outil aux infirmières gestionnaires pour appuyer leur réflexion en ce qui concerne diverses stratégies susceptibles d'atténuer les stressors organisationnels. Ces stratégies adaptées aux contextes d'unités où cohabitent à la fois des soins palliatifs et des soins curatifs, seront recensées par une démarche scientifique et rigoureuse.

Question, but et objectifs du travail dirigé

Question du travail dirigé

La question du travail dirigé vise à identifier *quelles caractéristiques des modèles d'organisation des soins infirmiers en milieux hospitaliers sont susceptibles d'atténuer les stressors organisationnels où cohabitent à la fois des soins palliatifs et des soins curatifs?*

But du travail dirigé

Le but du travail dirigé est de *proposer un modèle d'organisation des soins infirmiers susceptible d'atténuer les stressors organisationnels sur des unités de soins en milieux hospitaliers où cohabitent à la fois des soins palliatifs et des soins curatifs.*

Objectifs du travail dirigé

L'étudiante vise à atteindre cinq objectifs dans la réalisation du travail dirigé.

- 1) Identifier des écrits pertinents qui traiteront de modèles d'organisation de soins infirmiers selon la stratégie de recherche du *scoping review*.
- 2) Rapporter les résultats de la recension des écrits dans un tableau d'analyse (Appendice A) selon les concepts du cadre de référence de Dubois et al. (2012).
- 3) Synthétiser les résultats de la recension des écrits selon les concepts du cadre de référence de Dubois et al. (2012).
- 4) Adapter un modèle d'organisation des soins infirmiers aux unités de soins mixtes.
- 5) Soumettre pour publication les résultats de la recension des écrits du travail dirigé dans une revue francophone en soins infirmiers.

Cadre de référence

Selon Dubois et al. (2012), un modèle d'organisation des soins infirmiers permet d'identifier les ressources et les processus nécessaires à l'offre de services. Le but d'un système d'organisation des soins est d'optimiser l'atteinte des résultats pour les patients et pour les infirmières. [traduction libre] (Dubois et al., 2012). Ces chercheurs ont développé un cadre de référence qui fait appel à trois des principaux concepts qui touchent au contexte organisationnel des soins infirmiers (Figure 1) : la dotation, le champ d'exercice et l'environnement de travail (Dubois et al., 2012, p. 4).

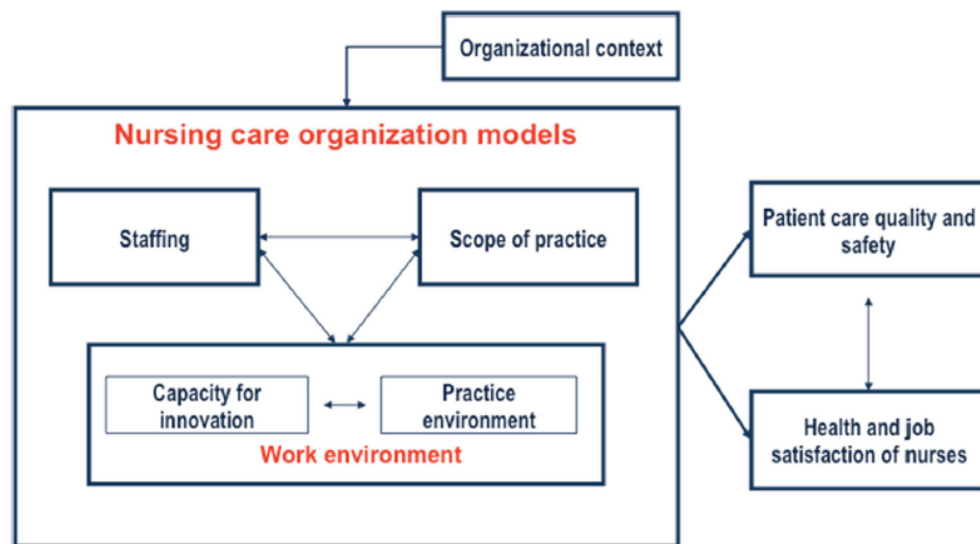


Figure 1 A nursing care organization framework.

Figure 1. Cadre de référence de Dubois et al. (2012)

La dotation, étant un concept clé dans l'organisation des soins infirmiers, consiste au nombre et au type d'effectifs, aux habiletés à répondre à la demande de soins ainsi qu'à la composition des équipes (Dubois et al., 2012). Le champ d'exercice concerne le type et l'éventail des soins et des services prodigués par les infirmières soignantes, les tâches et les responsabilités ainsi que l'étendue de leur pratique. [traduction libre] (Dubois et al., 2012) Enfin,

Dubois et al. (2012) précisent que l'environnement de travail des infirmières se définit par deux concepts, soit l'environnement de pratique ainsi que la capacité à l'innovation. L'environnement de travail doit être innovant et offrir aux infirmières une capacité d'adaptation dans l'offre de soins de santé de qualité et sécuritaires (Dubois et al., 2012). Ces trois principaux concepts, la dotation, le champ d'exercice et l'environnement de travail, interagissent entre eux et produisent des résultats qui concernent les patients (soins de santé de qualité et sécuritaires) et les infirmières (santé au travail et satisfaction au travail).

Afin de répondre à la question et au but du travail dirigé, la recension des écrits s'appuiera sur le cadre de référence du modèle d'organisation des soins infirmiers de Dubois et al. (2012). Ce cadre de référence servira de canevas afin d'identifier, dans les textes répertoriés dans la littérature, les caractéristiques des modèles d'organisation en milieux hospitaliers susceptibles d'atténuer les stressors organisationnels où cohabitent à la fois des soins palliatifs et des soins curatifs. En répondant aux concepts du cadre de référence, l'étudiante souhaite proposer un modèle d'organisation des soins infirmiers adapté au contexte de soins mixtes où cohabitent à la fois des soins palliatifs et des soins curatifs.

Méthodologie

Stratégie de recherche

La stratégie de recherche retenue est le *scoping review*. Ce type de recension des écrits est une méthodologie rigoureuse (Davis, Drey, & Gould, 2009). Elle permet d'identifier des écrits pertinents issus de la littérature grise (documents gouvernementaux et d'organisations liées au réseau de la santé et des services sociaux du Québec) et de la littérature scientifique (articles de recherche) qui touchent à un champ d'intérêt ciblé (Arksey & O'Malley, 2005). Les chercheurs qui y adhèrent peuvent s'attarder à étudier l'étendue, la portée ainsi que la nature du champ d'intérêt. Ils peuvent également s'intéresser à identifier les lacunes du corpus des connaissances, à synthétiser et à diffuser les résultats de leur recherche (Arksey & O'Malley, 2005). Dans le cadre du travail dirigé, les résultats de la recension des écrits ont été rédigés sous la forme d'un article. L'article sera soumis pour publication à la *Revue francophone internationale de recherche infirmière*. Les normes de présentation de cette revue se retrouvent à l'Appendice B. Étant donné la possibilité d'inclure la littérature grise dans le *scoping review*, les chercheurs sont également amenés à porter un jugement sur la qualité de ces écrits recensés pour augmenter la crédibilité de leur étude (Arksey & O'Malley, 2005). Cette méthodologie de recherche est un processus itératif, conceptuel et interprétatif (Davis et al., 2009). Les chercheurs posent un regard réflexif à chacune des étapes de leur recherche et répètent ces étapes afin de couvrir l'ensemble de la littérature (Arksey & O'Malley, 2005). Le *scoping review* peut contribuer à changer des politiques établies et à développer des pratiques (Davis et al., 2009). La recension des écrits du travail dirigé a suivi les six étapes de la stratégie de recherche telles que proposées par Levac, Colquhoun et O'Brien (2010) :

- 1) l'identification de la question de recherche;
- 2) l'identification des études pertinentes;

- 3) la sélection des études;
- 4) la catégorisation des données;
- 5) l'organisation, la synthèse et la présentation des résultats et
- 6) la consultation d'experts (facultatif).

1) Identification de la question de recherche. La question de recherche doit explorer largement le champ à l'étude en ne se limitant pas à des critères restrictifs (Levac et al., 2010). Levac et al. (2010) suggèrent qu'elle s'arrime au but de l'étude, ce qui aidera à la sélection des écrits et à l'extraction des données. Le concept à l'étude et/ou la population visée sont énoncés dans la question de recherche (Levac et al., 2010). En guise de rappels, la question du travail dirigé est *quelles caractéristiques des modèles d'organisation des soins infirmiers en milieux hospitaliers sont susceptibles d'atténuer les stressors organisationnels où cohabitent à la fois des soins palliatifs et des soins curatifs?* et le but du travail dirigé est de *proposer un modèle d'organisation des soins infirmiers susceptible d'atténuer les stressors organisationnels sur des unités de soins en milieux hospitaliers où cohabitent à la fois des soins palliatifs et des soins curatifs.*

2) Identification des écrits pertinents. Levac et al. (2010) mentionnent que les chercheurs doivent tenir compte de la faisabilité, de la disponibilité des ressources, de l'envergure du projet et du temps alloué lors du processus de la sélection des écrits. Le cas échéant, ces limites doivent être explicitées (Levac et al., 2010). Elles proposent aussi que les chercheurs s'allient à des experts en recherche pour augmenter la rigueur de leur étude. Dans le contexte du travail dirigé, la rédaction a été réalisée dans le cadre d'études à la maîtrise en

sciences infirmières à plein temps. La directrice de maîtrise a mis à contribution son expertise en soutenant l'étudiante tout au long de son projet de recension des écrits. Une bibliothécaire de l'Université de Montréal a accompagné l'étudiante dans le processus d'identification des écrits.

3) Sélection des écrits. La sélection des écrits s'est réalisée par un processus itératif (Levac et al., 2010). Levac et al. (2010) suggèrent que les chercheurs établissent des critères d'inclusion et d'exclusion pour le choix des études à retenir dès l'amorce du *scoping review*. Elles ajoutent qu'il serait souhaitable qu'au moins deux chercheurs passent en revue, de façon indépendante, les résumés des articles repérés pour valider la sélection des écrits. Dans le cadre du travail dirigé, l'étudiante en collaboration avec la directrice de maîtrise, ont défini des critères d'inclusion qui comprennent :

- les articles de recherche rédigés en français ou en anglais et
- les articles de recherche publiés entre 2007 et 2017.

De plus, les critères d'exclusion incluent :

- les articles de recherche qui décrivent exclusivement des modèles d'organisation des soins infirmiers dans des maisons de soins palliatifs, dans des établissements de soins de longue durée, en communauté, sur des unités de soins intensifs, à l'urgence, en oncologie et en néonatalité.

Chacun des environnements de soins énumérés parmi les critères d'exclusion, ne peut être inclu dans la recension des écrits. Ainsi, les maisons de soins palliatifs, les établissements de soins de longue durée et les environnements de soins en communauté ne sont pas des contextes de soins en milieux hospitaliers. Alors que les unités de soins intensifs, la néonatalogie et l'urgence, où de nombreux décès surviennent, sont des environnements de soins critiques

dans lesquels l'objectif des soins qui prédomine est la préservation de la vie. Enfin, les articles de recherche décrivant l'organisation des unités de soins en oncologie sont exclus, car bien que ces milieux soient intimement liés aux soins palliatifs, des décès peuvent survenir fréquemment dans ces environnements, contrairement aux autres unités de soins de médecine. En somme, tous ces milieux de soins s'éloignent soit du contexte hospitalier qui est visé par la recension des écrits ou soit se différencient par la nature du pronostic des clientèles soignées.

4) Extraction et catégorisation des données. L'extraction et la catégorisation des données ont également été réalisées par un processus itératif. Dans le *scoping review*, l'extraction des données se fait par une méthode analytique descriptive (Arksey & O'Malley, 2005). Levac et al. (2010) recommandent que le choix des catégories des données se réalise conjointement entre deux chercheurs et que ces choix reflètent le type de données à extraire des écrits recensés qui sauront répondre à la question de recherche. En effet, conjointement, l'étudiante ainsi que la directrice de maîtrise ont sélectionné les thèmes qui catégorisent les résultats des écrits recensés, puis rapportés dans un tableau d'analyse des écrits (Appendice A). Ces thèmes incluent les données méthodologiques des écrits, les concepts du cadre de référence de Dubois et al. (2012) (dotation, champ d'exercice, environnement de travail), une section pour les catégories émergentes ainsi que les limites des études.

5) Organisation, synthèse et présentation des résultats. Levac et al. (2010) proposent trois sous-étapes pour la réalisation de cette étape, soit l'analyse des données, la synthèse des résultats et l'interprétation des résultats. Pour chaque concept du cadre de référence de Dubois et al. (2012) ainsi que pour les catégories émergentes, des sous-thèmes ont permis de catégoriser

les résultats recensés. Puis, suivait une discussion qui a permis d'allier les résultats de la recension des écrits à la question ainsi qu'au but du travail dirigé (Levac et al., 2010).

6) Consultation d'experts. Cette étape est optionnelle et consiste à consulter une personne experte des revues de littérature de type *scoping review* (Levac et al., 2010). Le chercheur qui fait appel à cette expertise se doit de la justifier (Levac et al., 2010). Dans le cadre de ce travail dirigé, la directrice de maîtrise ainsi qu'un professeur expert en soins palliatifs, ont siégé sur le Comité d'approbation et au Jury d'évaluation du projet de synthèse des connaissances dans le cadre d'études à la maîtrise en sciences infirmières. De plus, tel que mentionné plus tôt, une bibliothécaire a soutenu l'étudiante dans sa recherche documentaire.

Démarche de recherche documentaire

La stratégie de recherche documentaire se décrit selon trois modalités : les écrits de la littérature scientifique proviennent des bases de données CINAHL, PsycInfo et Scopus; les textes de la littérature grise ont été repérés à partir du moteur de recherche Google®; des textes issus d'une recherche complémentaire par la méthode boule de neige sont issus de la liste des références des écrits recensés dans la littérature scientifique. Pour chacune de ces trois modalités, suit le schéma de la stratégie de recherche.

Écrits issus de la littérature scientifique. La première modalité de la stratégie de recherche documentaire consiste à la recension d'articles de recherche issus de la littérature scientifique. Le Tableau 2 (Appendice C) rapporte les termes MeSH ainsi que les mots clés utilisés dans la base de données CINAHL. Ces mots clés ont permis de cibler les écrits pertinents

en vue de la recension des écrits. La Figure 2 illustre la cascade de cette stratégie de recherche. Le Tableau 3 (Appendice D) ainsi que le Tableau 4 (Appendice E) décrivent les mots clés utilisés pour repérer les articles scientifiques dans les bases de données PsycInfo et Scopus. La Figure 3 et la Figure 4 montrent les détails de la stratégie de recherche réalisée dans ces deux bases de données. La Figure 5 résume le nombre et le type des articles de recherche retenus dans les trois bases de données, soient dans CINAHL, dans PsycInfo et dans Scopus.

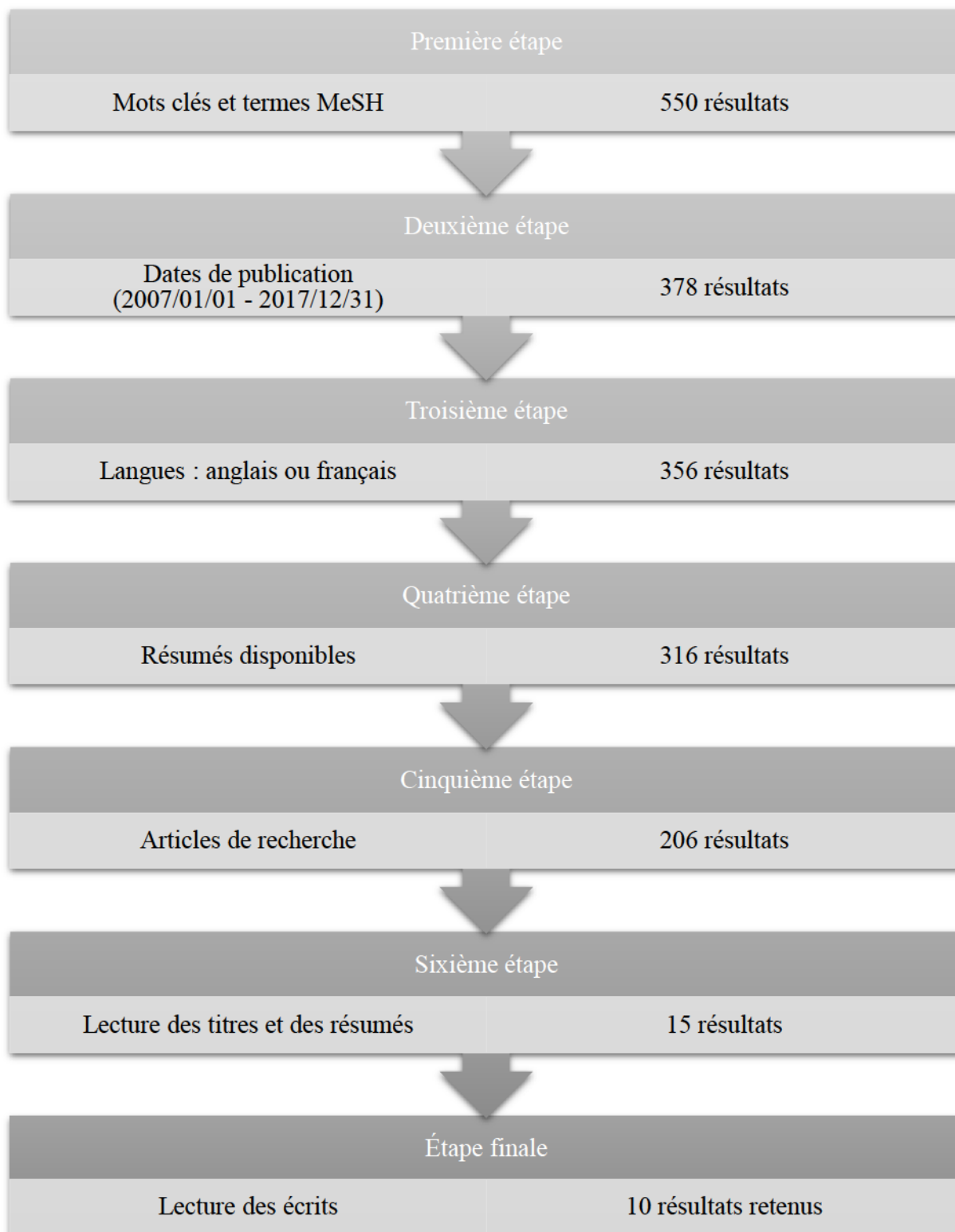


Figure 2. Schéma de la stratégie de recherche dans CINAHL

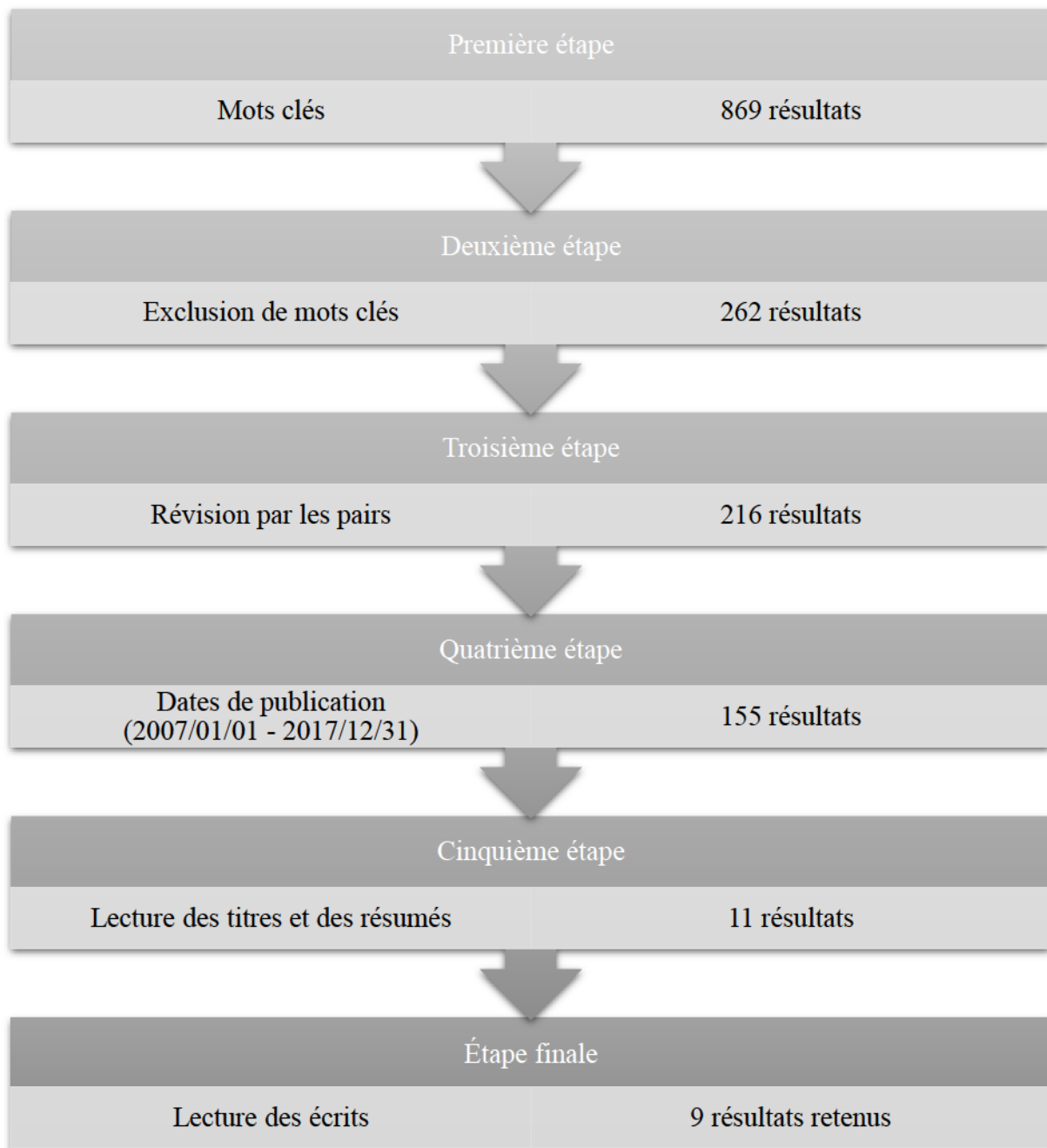


Figure 3. Schéma de la stratégie de recherche dans PsycInfo

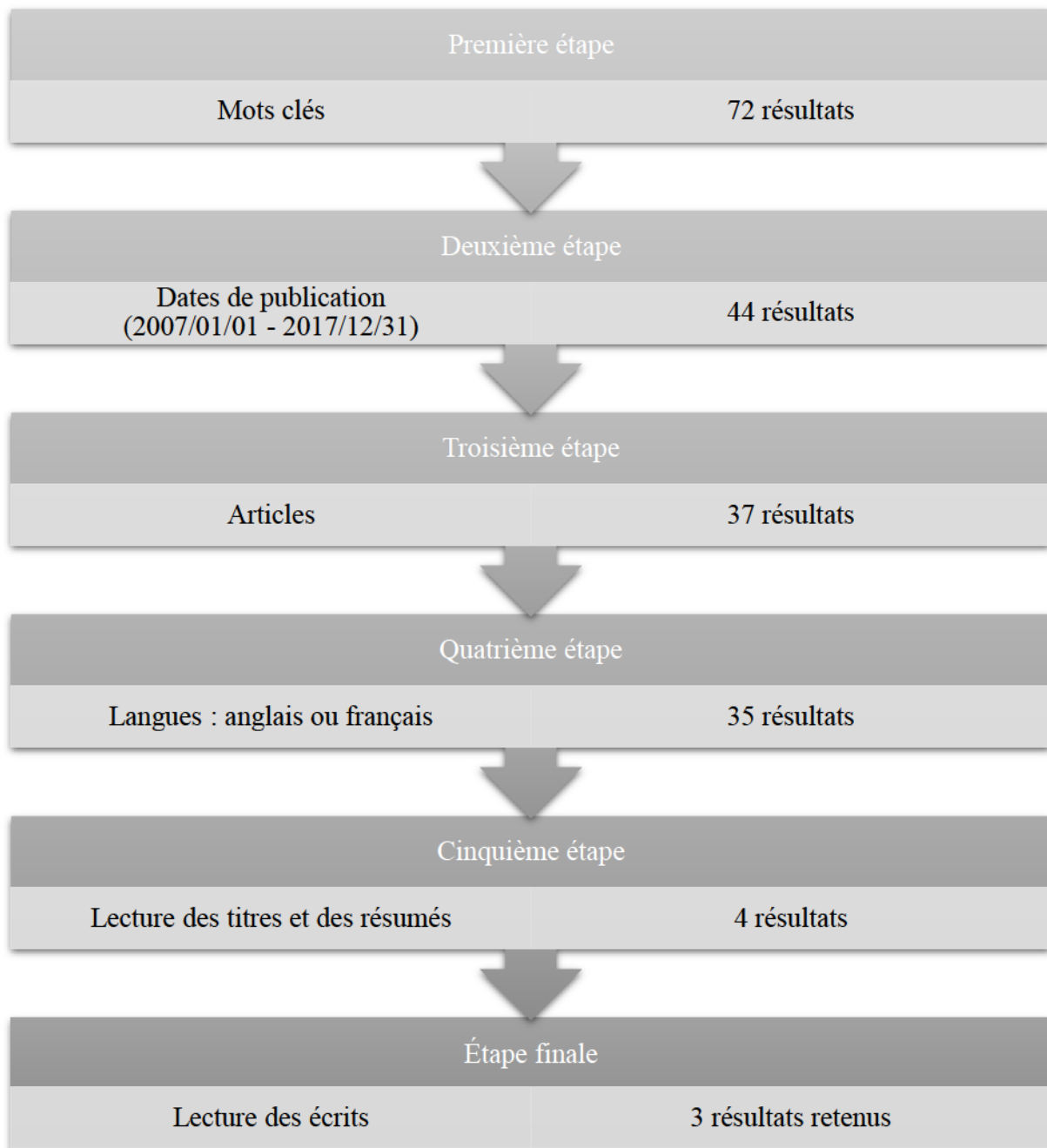


Figure 4. Schéma de la stratégie de recherche dans Scopus

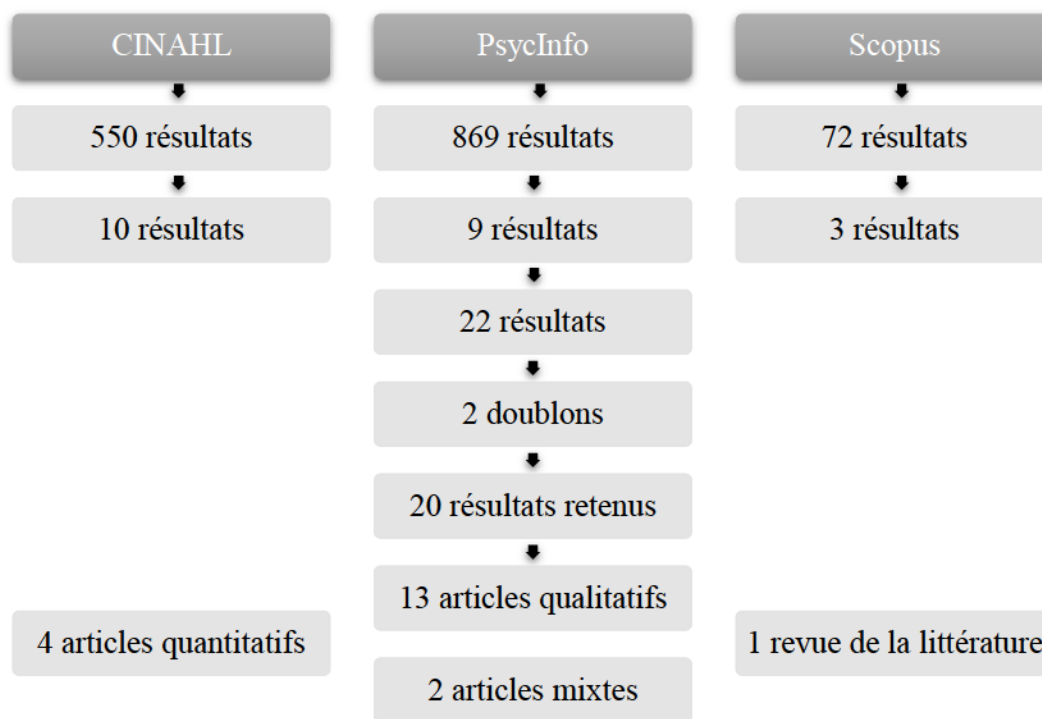


Figure 5. Écrits issus de la littérature scientifique

Écrits issus de la littérature grise. Les textes de la littérature grise font partie de la seconde modalité de la stratégie de recherche documentaire. Le Tableau 5 (Appendice F) montre les combinaisons de mots clés utilisés dans le moteur de recherche Google® incluant « soins palliatifs », « soins de fin de vie », « organisation », « Gouvernement du Québec », « MSSS », « Ordre des infirmières et infirmiers du Québec », « OIIQ », « CSSS », « CISSS », « CIUSSS », « ASSS » et « INSPQ ». La Figure 6 illustre le nombre de documents recensés.

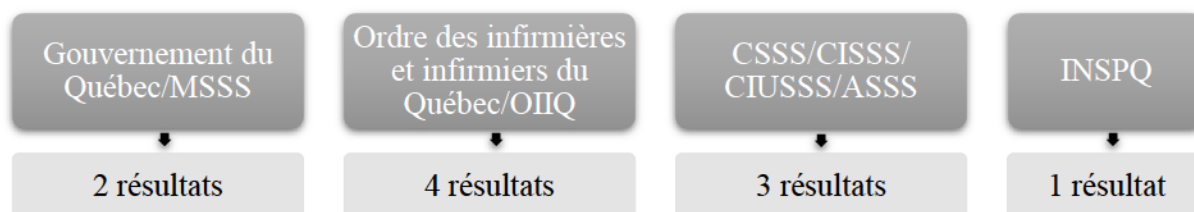


Figure 6. Écrits issus de la littérature grise

Écrits issus de la méthode boule de neige. La troisième et dernière modalité de la stratégie de recherche documentaire consistait à repérer des articles scientifiques à partir de la liste de références des 20 articles de recherche recensés dans la première modalité de la stratégie de recherche, soit dans la littérature scientifique. La lecture des 689 titres contenus dans les 20 listes de références a permis de sélectionner 41 textes. Après avoir repéré l'intégralité de ces 41 textes, une lecture des résumés a finalement permis de sélectionner 10 articles de recherche. Ces articles issus de la méthode boule de neige répondent, au même titre que les textes issus de la première modalité (littérature scientifique), aux divers critères d'inclusion et d'exclusion définis à la page 15. La Figure 7 illustre la cascade de sélection des 10 articles retenus.

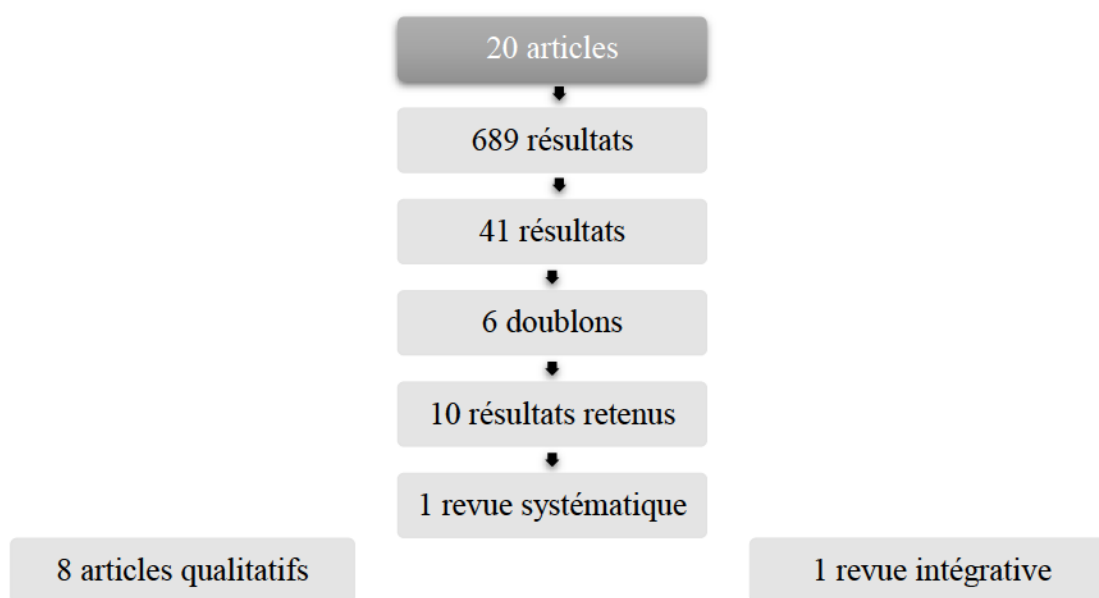


Figure 7. Écrits issus de la méthode boule de neige

Le Tableau 6 qui suit présente l'ensemble des écrits retenus par la stratégie de recherche documentaire à partir des trois modalités : écrits issus de la littérature scientifique, de la littérature grise et de la méthode boule de neige.

Tableau 6
Écrits retenus

Source	#	Auteurs	Titre
CINAHL	1	Cotterell, Phil Lynch, Carmel Peters, Debbie	Bridging the gap : Can a link nurse initiative influence palliative care in an acute hospital?
	2	Le, Brian Huong Canh Watt, James Nicholas	Care of the dying in Australia's busiest hospital : Benefits of palliative care consultation and methods to enhance access
	3	Mak, Yim Wah Chiang, Vico Chung Lim Chui, Wai To	Experiences and perceptions of nurses caring for dying patients and families in the acute medical admission setting
	4	Dosser, Isabel Kennedy, Catriona	Family carers' experiences of support at the end of life : Carers' and health professionals' views
	5	McCourt, Roisin Power, John James Glackin, Marie	General nurses' experiences of end-of-life care in the acute hospital setting : A literature review
	6	Sepúlveda Sánchez, Juana María Morales Asensio, José Miguel Morales Gil, Isabel María Canca Sánchez, José Carlos Pérez Tueba, Enrique Rueda Dominguez, Antonio	Impact of a legislative framework on quality of end-of-life care and dying in an acute hospital in Spain
	7	Sheward, Karen Clark, Jean Marshall, Bridget Allan, Simon	Staff perceptions of end-of-life care in the acute care setting : A New Zealand perspective
	8	Bergenholtz, Heidi Jarlbaek, Lene Hølge-Hazelton, Bibi	The culture of general palliative nursing care in medical departments : An ethnographic study
	9	O'Connor, Margaret Chapman, Ysanne	The palliative care clinical nurse consultant : An essential link

PscInfo	10	Johnson, Susan Carey Gray, Patricia	Understanding nurses' experiences of providing end-of-life care in the US hospital setting
	11	Selby, Debbie Seccaraccia, Dori Huth, Jim Kurrpa, Kristin Fitch, Margaret	A qualitative analysis of a healthcare professional's understanding and approach to management of spiritual distress in an acute care setting.
	12	Ewing, Gail Farquhar, Morag Booth, Sara	Delivering palliative care in an acute hospital setting : Views of referrers and specialist providers
	13	Casey, Dympna Murphy, Kathy Ni Leime, Aine Larkin, Philip Payne, Sheila Froggatt, Katherine A. O'Shea, Eamon	Dying well : Factors that influence the provision of good end-of-life care for older people in acute and long-stay care settings in Ireland
	14	Yoshioka, Saori Moriyama, Michiko Ohno, Yumiko	Efficacy of the end-of-life nursing care continuing education program for nurses in general wards in Japan
	15	Yoshioka, Saori Moriyama, Michiko	Factors and structural model related to end-of-life nursing care in general ward in Japan
	16	Bergenholtz, Heidi Jarlbaek, Lene Hølge-Hazelton, Bibi	Generalist palliative care in hospital : Cultural and organisational interactions. Results of a mixed-methods study
	17	Kutney-Lee, Ann Brennan, Caitlin W. Meterko, Mark Ersek, Mary	Organization of nursing and quality of care for veterans at the end of life
	18	Reyniers, Thijs Houttekier, Dirk Cohen, Joachim Pasman, H. Roeline Deliens, Luc	The acute hospital setting as a place of death and final care : A qualitative study on perspectives of family physicians, nurses and family carers
	19	Slatyer, Susan Pienaar, Catherine Williams, Anne M.	Finding privacy from a public death : A qualitative exploration of how a dedicated

	Proctor, Karen Hewitt, Laura	space for end-of-life care in an acute hospital impacts on dying patients and their families
20	Fortin, Marie-Laurence Bouchard, Louise	Soigner des personnes en fin de vie dans une unité de soins curatifs : privilèges et déchirements
21	Gardiner, Clare Cobb, Mark Gott, Merryn Ingleton, Christine	Barriers to providing palliative care for older people in acute hospitals
22	Wallerstedt, Birgitta Andershed, Birgitta	Caring for dying patients outside special palliative care settings : Experiences from a nursing perspective
23	Porock, Davina Pollock, Kristian Jurgens, Fiona	Dying in public : The nature of dying in an acute hospital setting
24	Chan, Lisa	"Dying people don't belong here" : How cultural aspects of the acute medical ward shape care of the dying
25	Gardiner, Clare Gott, Merryn Ingleton, Christine	Factors supporting good partnership working between generalist and specialist palliative care services
26	O'Hara, Tina	Nurses' view on using the Liverpool Care Pathway in an acute hospital setting
27	Roche-Fahy, Vivian Dowling, Maura	Providing comfort to patients in their palliative care trajectory : Experiences of female nurses working in an acute setting
28	Bloomer, Melissa J. Endacott, Ruth O'Connor, Margaret Cross, Wendy	The 'dis-ease' of dying : Challenges in nursing care of the dying in the acute hospital setting. A qualitative observational study
29	Brereton, Louise Gardiner, Clare Gott, Merryn Ingleton, Christine Barnes, Sarah Carroll, Christopher	The hospital environment for end of life care of older adults and their families : An integrative review

Littérature grise	30	Gott, Merryyn Ingleton, Christine Bennett, Michael I. Gardiner, Clare	Transitions to palliative care in acute hospital in England : Qualitative study
	31	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)	La Gouverne des soins infirmiers dans le cadre d'une organisation de services intégrés
	32	Francoeur, Louise Durant, Suzanne	La Loi concernant les soins de fin de vie - Rôles et responsabilités de l'infirmière
	33	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)	Mémoire - Optimiser la contribution des infirmières et infirmiers pour améliorer l'accès aux soins, améliorer la qualité et la sécurité des soins et contrôler les coûts
	34	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)	Mémoire - Mourir dans la dignité - Développer d'abord les soins palliatifs
	35	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)	Politique en soins palliatifs de fin de vie
	36	Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)	Soins palliatifs de fin de vie au Québec : Définition et mesure d'indicateurs - Partie 1 : Population adulte (20 ans et plus)
	37	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)	Soins palliatifs et de fin de vie - Plan de développement 2015-2020
	38	Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de la Montérégie	Soins palliatifs et de fin de vie - Volet 1 : Recension des écrits
	39	Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de la Montérégie	Soins palliatifs et de fin de vie - Volet 2 : Recension de pratiques
	40	Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de la Montérégie	Soins palliatifs et de fin de vie - Volet 3 : Consultation d'experts

Article

Problématique

Au Canada, les soins et les services de santé sont de juridiction provinciale. Depuis les dernières années, les soins palliatifs sont dans la mire des médias dans la foulée des changements vécus dans le réseau de la santé et des services sociaux de la province du Québec. De nouvelles lois québécoises ont été récemment adoptées : la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, O-7.2 R. L. R. Q. (2017) en avril 2015 ainsi que la Loi concernant les soins de fin de vie, S-32.0001 R. L. R. Q. (2017) en décembre 2015. Les établissements de santé québécois doivent répondre à ces mesures législatives, encadrer et offrir des services de soins de fin de vie aux bénéficiaires qui les requièrent. À ces changements législatifs, s'ajoute le phénomène démographique du vieillissement. L'espérance de vie des 65 ans et plus est en croissance et ce phénomène occasionne une hausse de l'incidence de maladies dégénératives et chroniques qui a pour conséquence une augmentation de la demande de soins palliatifs (1, 2). Par conséquent, les prestataires de soins de santé, dont les infirmières soignantes, auront à répondre à la hausse de demandes de soins palliatifs, entre autres, de la part de la clientèle vieillissante (3).

Au Québec, différents modèles d'organisation des soins palliatifs sont répertoriés et une grande variation de l'offre de ces soins est observée (1). Toutefois, peu d'unités spécialisées en soins palliatifs existent dans les établissements de santé (4). Des soins palliatifs sont offerts sur des unités de soins curatifs dans certains milieux hospitaliers du Québec; autrement dit, ces unités offrent des soins de santé mixtes, c'est-à-dire à la fois palliatifs et curatifs. Certaines infirmières rapportent qu'il existe une pression organisationnelle pour offrir les soins curatifs aux dépens des soins palliatifs sur des unités de soins mixtes (5, 6). Une philosophie de soins

encourageant la sauvegarde de la vie, prédomine sur ces unités où « la mort est souvent perçue comme un échec » (5). Cette culture de soins peut être une source d'insatisfaction au travail pour ces infirmières (5, 6). Les infirmières qui œuvrent sur des unités de soins mixtes disent vivre une dualité en étant partagées spirituellement et physiquement entre deux réalités à la fois contrastantes et contradictoires lorsqu'elles prodiguent des soins palliatifs et des soins curatifs (7). Ces infirmières vivent des dilemmes et une souffrance éthiques et sont sujettes à la détresse morale lorsqu'elles ne parviennent pas à répondre aux demandes de soins des patients en fin de vie (7, 8). Cela peut potentiellement affecter leur santé au travail (9) et résulter en des difficultés de rétention du personnel infirmier ainsi que mener à un roulement de personnel (10, 11). Or, un haut taux de roulement du personnel infirmier peut mener à une altération de la qualité des soins (5).

Dans un contexte d'offre de soins palliatifs dans un environnement curatif, Fillion et Saint-Laurent (12) rapportent que les stressors organisationnels, considérablement plus que les stressors professionnels et les stressors émotionnels, sont sujets à affecter la qualité des soins palliatifs que souhaitent offrir les infirmières soignantes. Elles rapportent que les stressors organisationnels comprennent les conditions de travail difficiles, le manque de reconnaissance et le manque de soutien de l'organisation. Les stressors professionnels concernent, entre autres, le manque de temps à consacrer aux patients en fin de vie, la communication interprofessionnelle difficile et le manque de formation (12). Quant aux stressors émotionnels, ils comprennent l'expérience personnelle que les infirmières ont entretenue avec la fin de vie : le deuil, la souffrance d'autrui, le côtoiement de la mort (12). Les gestionnaires, quant à elles, témoignent de la pression organisationnelle qui privilégie les soins curatifs aux dépens des soins

palliatifs (12). Ces gestionnaires perçoivent la résilience, la souffrance et la sensibilité éthiques des infirmières soignantes qui travaillent sur des unités mixtes (5). Or, certaines s'avouent sans ressource quant au soutien à offrir aux infirmières soignantes face aux dilemmes vécus dans le cadre de leur travail (5).

En considérant l'ensemble du contexte des unités de soins mixtes et des difficultés rencontrées par les infirmières soignantes et les gestionnaires, Fillion et Saint-Laurent (12) reconnaissent la pertinence de se pencher sur l'organisation des services de soins palliatifs. Elles admettent qu'il y a urgence à identifier des pistes de solutions afin d'atténuer les stresseurs organisationnels et de diminuer leurs effets. Or, peu d'écrits décrivent des modèles d'organisation des soins infirmiers sur les unités de soins mixtes qui offrent des soins palliatifs dans un environnement de soins curatifs. L'objectif de cette recension des écrits est d'offrir un outil aux infirmières gestionnaires pour appuyer leur réflexion en ce qui concerne diverses stratégies susceptibles d'atténuer les stresseurs organisationnels dans les milieux de soins mixtes.

Question et but

Question

La question de la recension des écrits vise à identifier *quelles caractéristiques des modèles d'organisation des soins infirmiers en milieux hospitaliers sont susceptibles d'atténuer les stresseurs organisationnels où cohabitent à la fois des soins palliatifs et des soins curatifs?*

But

Le but de la recension des écrits est de *proposer un modèle d'organisation des soins infirmiers susceptible d'atténuer les stressors organisationnels sur des unités de soins en milieux hospitaliers où cohabitent à la fois des soins palliatifs et des soins curatifs.*

Cadre de référence

Selon Dubois, D'Amour (13), un modèle d'organisation des soins infirmiers permet d'identifier les ressources et les processus nécessaires à l'offre de services. Le but d'un système d'organisation des soins est d'optimiser l'atteinte des résultats pour les patients et pour les infirmières. [traduction libre] (13) Ces chercheurs ont développé un cadre de référence qui fait appel à trois des principaux concepts qui touchent au contexte organisationnel des soins infirmiers (Fig. 1) : la dotation, le champ d'exercice et l'environnement de travail (13).

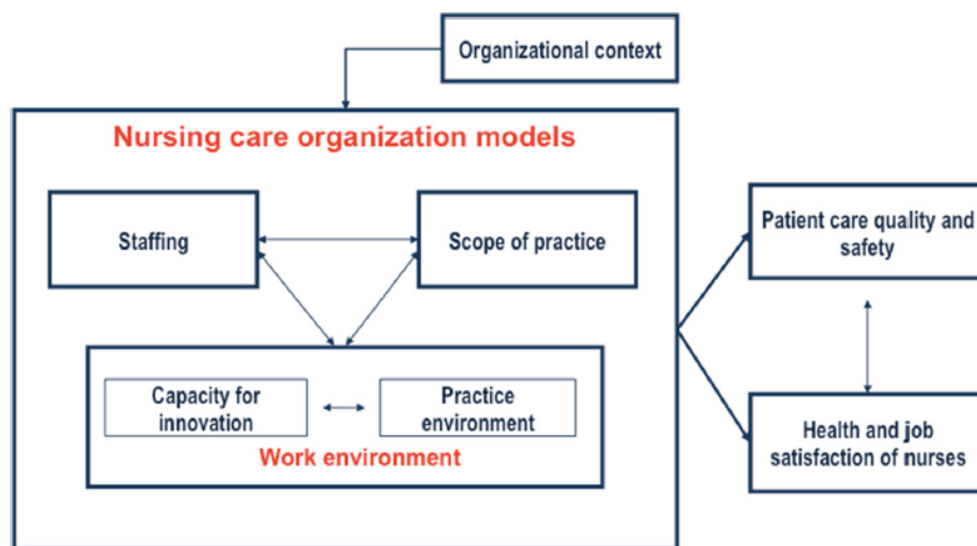


Figure 1 A nursing care organization framework.

Fig. 1 - Cadre de référence de Dubois, D'Amour (13)

La dotation consiste au nombre et au type d'effectifs, aux habiletés à répondre à la demande de soins ainsi qu'à la composition des équipes (13). Le champ d'exercice concerne le type et l'éventail des soins et des services prodigués par les infirmières soignantes, les tâches et les responsabilités ainsi que l'étendue de leur pratique. [traduction libre] (13) Enfin, l'environnement de travail des infirmières se définit par deux concepts, soit l'environnement de pratique ainsi que la capacité à l'innovation. L'environnement de travail doit être innovant et offrir aux infirmières une capacité d'adaptation dans l'offre de soins de santé de qualité et sécuritaires (13). Ces trois principaux concepts, la dotation, le champ d'exercice et l'environnement de travail, interagissent entre eux et produisent des résultats qui concernent les patients (soins de santé de qualité et sécuritaires) et les infirmières (santé au travail et satisfaction au travail).

Le cadre de référence de Dubois, D'Amour (13) servira de canevas à la recension des écrits afin d'identifier dans les textes répertoriés dans la littérature, les caractéristiques des modèles d'organisation en milieux hospitaliers susceptibles d'atténuer les stressors organisationnels où cohabitent à la fois des soins palliatifs et des soins curatifs.

Méthodologie

Stratégie de recherche

La stratégie de recherche retenue est le *scoping review* qui permet d'identifier des écrits pertinents issus de la littérature grise (documents gouvernementaux et d'organisations liées au réseau de la santé et des services sociaux du Québec) et de la littérature scientifique (articles de recherche) (14). Les critères d'inclusion comprennent les articles de recherche rédigés en

français ou en anglais et publiés entre 2007 et 2017. Les critères d'exclusion incluent les articles de recherche qui décrivent exclusivement des modèles d'organisation des soins infirmiers dans des maisons de soins palliatifs, dans des établissements de soins de longue durée, en communauté, sur des unités de soins intensifs, à l'urgence, en oncologie et en néonatalité. Les textes recensés ont été puisés dans les bases de données CINAHL, PsycInfo et Scopus, dans le moteur de recherche Google® et par la méthode boule de neige.

Résultats

La cadre de référence du modèle d'organisation des soins infirmiers de Dubois, D'Amour (13) a servi d'assise à la réalisation de la recension des écrits. Les auteures de cette recension ont eu recours aux trois principaux concepts de ce cadre de référence afin de décrire le contexte organisationnel des unités de soins en milieux hospitaliers : la dotation, le champ d'exercice ainsi que l'environnement de travail. Or, les résultats collectés témoignent d'une réalité singulière propre aux unités de soins où cohabitent à la fois des soins palliatifs et des soins curatifs. Les milieux de soins mixtes sont sujets à subir des bouleversements causés par des stressors organisationnels, professionnels et/ou émotionnels (Tableau 1) qui peuvent nuire à la qualité et à la sécurité des soins palliatifs ainsi qu'à la santé et à la satisfaction au travail des infirmières soignantes. Cet article soulève les particularités de cette réalité en adaptant le modèle d'organisation des soins infirmiers de Dubois, D'Amour (13) au contexte de soins mixtes. La dotation en soins infirmiers relève l'importance de la division du travail dans les équipes de soins. Le champ d'exercice des infirmières soignantes nécessite un cadre professionnel soutenu. Un environnement de travail offrant un accompagnement professionnel, soutient les infirmières soignantes. La division du travail, le cadre professionnel et l'accompagnement professionnel

sont trois éléments significatifs soulevés dans les contextes de cohabitation de soins palliatifs et de soins curatifs. Ces trois notions comptent parmi les éléments prioritaires à considérer dans les modèles d'organisation de soins mixtes afin d'atténuer les stressors organisationnels, professionnels et émotionnels (Tableau 1).

Dotation

Le premier concept du modèle d'organisation des soins infirmiers de Dubois, D'Amour (13) consiste à la dotation en personnel infirmier. Le contexte des environnements de soins mixtes rend compte de deux sous-concepts susceptibles d'atténuer les stressors organisationnels : la composition des équipes de soins ainsi que la gestion de la dotation en personnel infirmier. L'accès plus diversifié à des professionnels de la santé, à des non-professionnels et à différentes expertises infirmières dans les équipes de soins ainsi que la disponibilité d'équipes mobiles spécialisées en soins palliatifs contribuent à faciliter une *division du travail* efficiente et efficace. En faisant appel à des ressources humaines diversifiées et en maintenant un niveau de dotation en personnel infirmier adapté au contexte de soins, l'organisation peut espérer mieux répondre à la demande ainsi qu'à l'offre de soins palliatifs de qualité et sécuritaires dans les unités de soins mixtes.

Composition des équipes. Ce sous-concept fait référence aux professionnels de la santé et aux non-professionnels qui forment les équipes de soins. La diversité du personnel qui offre des soins palliatifs sur des unités de soins curatifs diffère d'un milieu hospitalier québécois à un autre (15, 16). Dans certains milieux de soins, l'accès restreint à une variété d'effectifs professionnels et non-professionnels contribue au manque de ressources et de soutien pour les

infirmières soignantes. En plus des infirmières soignantes, divers autres statuts professionnels d'infirmières participent de près ou de loin à la prestation de soins palliatifs dans les unités de soins curatifs. Certaines y contribuent en formant le personnel infirmier (6, 17-21), d'autres encadrent l'organisation des unités de soins mixtes (17, 22, 23) ou assurent la gestion de cas avec le milieu communautaire (17). Dans certains hôpitaux québécois, des équipes mobiles dédiées aux soins palliatifs se déplacent dans les différentes unités de soins mixtes de l'établissement pour soutenir le personnel infirmier dans la prestation des soins de fin de vie (15, 16, 19-21, 24).

Gestion de la dotation. Des études rapportent que le nombre élevé de patients requérant des soins palliatifs ou des soins curatifs par infirmière soignante nuit à la prestation de soins de qualité et sécuritaires (24, 25). Le manque de main d'œuvre (26), particulièrement sur les quarts de travail de soir et de nuit (27), est un stresser organisationnel (12). Or, diverses stratégies de remplacements ponctuels du personnel infirmier contribuent à un haut taux de roulement du personnel (18). Les Directions des soins infirmiers (DSI) jouent un rôle de premier plan quant aux niveaux de dotation en personnel infirmier dans les établissements de santé québécois (3) et devraient les adapter selon la demande de soins de fin de vie (21). Des études proposent que les gestionnaires considèrent l'offre de soins palliatifs dans le plan de travail des infirmières soignantes en ajustant en conséquence la répartition des patients qui leur sont assignés (6, 28). En somme, les gestionnaires des établissements de santé sont invités à identifier des stratégies au maintien d'un niveau de dotation apte à subvenir aux besoins des patients en fin de vie.

Champ d'exercice

Le second concept du cadre de référence de Dubois, D'Amour (13) concerne le champ d'exercice des infirmières soignantes. Depuis l'instauration de la Loi concernant les soins de fin de vie, S-32.0001 R. L. R. Q. (2017), les infirmières soignantes pratiquant au Québec doivent considérer l'évaluation de la condition de santé, la surveillance clinique et les interventions au contexte de fin de vie. La cohabitation des soins palliatifs et des soins curatifs dans un même environnement peut être sujette à subir des bouleversements causés par des stressors organisationnels, professionnels et émotionnels. Le champ d'exercice souligne l'importance pour les infirmières gestionnaires et les établissements de soins d'offrir un *cadre professionnel* soutenu aux infirmières soignantes pour la prestation de soins palliatifs de qualité et sécuritaires dans un contexte curatif. Cet encadrement doit respecter les directives de la législation québécoise, de la législation professionnelle tout en facilitant l'accès à des outils cliniques.

Tâches et responsabilités. Depuis le 10 décembre 2015, les hôpitaux québécois doivent répondre aux modalités de la Loi concernant les soins de fin de vie, S-32.0001 R. L. R. Q. (2017). Diverses tâches et responsabilités liées au développement des connaissances des infirmières et à l'enseignement aux bénéficiaires, encadrent désormais la pratique clinique des infirmières qui offrent des soins palliatifs quant à la sédation palliative continue et à l'aide médicale à mourir (29). Ces tâches et ces responsabilités s'ajoutent aux dispositions de la Loi sur les infirmières et les infirmiers, I-8 R. L. R. Q. (2017) (30).

La reconnaissance du besoin de recourir aux soins palliatifs représente un défi pour les infirmières soignantes (16, 18, 31, 32). Leur méconnaissance des besoins des patients et des

familles ainsi que des signes cliniques de fin de vie (16, 32) est un stressor professionnel (12). Une évaluation holistique des patients (1, 15-17, 22, 32-34) et des familles (35) en plus de réévaluations régulières (15, 16, 32) permettent aux infirmières soignantes d'identifier leurs besoins ainsi que les signes cliniques et de les signaler au médecin traitant. Cette initiative infirmière facilite l'accessibilité précoce aux soins palliatifs ainsi qu'à répondre aux besoins émotionnels, de soutien et d'informations des bénéficiaires (22, 36).

L'enseignement offert par les infirmières soignantes et destiné aux patients et aux familles sur la condition de santé, les niveaux de soins (37, 38), la pathologie (22), la migration des soins curatifs vers les soins palliatifs (39) ainsi que sur les soins et les traitements, améliore les connaissances des bénéficiaires, diminue leur anxiété, encourage leur participation aux soins (40) et les soutient dans leurs prises de décisions pour un consentement libre et éclairé (1, 21, 39, 40). Or, des infirmières soignantes qui prodiguent des soins palliatifs dans un environnement de soins curatifs éprouvent de l'anxiété et un inconfort à discuter de la fin de vie avec les patients et leur famille (6, 22).

Services et soins. Les infirmières qui accompagnent des patients dans leur expérience de fin de vie, gèrent divers symptômes physiques tels que la douleur, les nausées, les vomissements et la dyspnée (15, 16, 19, 21, 22, 32, 39, 40) et leur offrent des soins psychosociaux (1, 21, 24, 40) et spirituels (1, 6, 21, 28, 34, 40, 41). Elles pallient à leur souffrance en les encourageant à verbaliser leurs peurs et brisant ainsi leur solitude (28, 37). Or, certaines infirmières expriment un inconfort à intégrer la dimension spirituelle à leurs soins craignant que les patients interprètent ces soins comme l'arrivée de leur fin de vie (41).

Des études rapportent que des infirmières qui offrent des soins palliatifs dans un milieu curatif sont davantage centrées sur l'exécution des tâches (31, 34, 42). Ces tâches sont de nature interventionniste qui visent le maintien de la vie (18, 39, 43). Certaines vivent des dilemmes éthiques quant à la nécessité d'entamer ou de poursuivre certaines interventions qui, selon elles, correspondent à de l'acharnement thérapeutique inapproprié au bien-être de leurs patients (6, 20). Bref, la priorisation des soins palliatifs est teintée par l'environnement et la disponibilité des ressources humaines et matérielles (18).

Outils cliniques. Au Québec, tous les établissements de santé doivent se doter de normes de pratique sur les soins palliatifs et d'un code d'éthique dans leur plan d'organisation (1, 21). Or, avant l'entrée en vigueur au Québec de la Loi concernant les soins de fin de vie, S-32.0001 R. L. R. Q. (2017), en décembre 2015, certains milieux hospitaliers ne possédaient ni politiques, protocoles, guides de pratique, ordonnances collectives, lignes directrices ou méthodes de soins pour soutenir la pratique. Cette loi énonce que « [tout] établissement doit adopter une politique portant sur les soins de fin de vie. [...] » (S-32.0001 R. L. R. Q. §8, 2017). Désormais, les DSI doivent s'assurer de l'élaboration, de la diffusion, de l'instauration, de la surveillance et de l'actualisation de ces divers outils cliniques (3, 30) entre autres sur ce qui a trait à la sédation palliative, à l'aide médicale à mourir et aux niveaux de soins (1). Ces outils sont mis en œuvre et à jour par des cliniciens qui détiennent une expertise en la matière (21) favorisant une prestation efficiente des soins de qualité et sécuritaires (21, 30).

Environnement de travail

L'environnement de travail est le troisième et dernier concept du modèle d'organisation

des soins infirmiers de Dubois, D'Amour (13). Cet environnement est susceptible de précariser la satisfaction au travail des infirmières soignantes qui œuvrent dans des unités de soins mixtes en milieux hospitaliers. La possibilité d'être soutenues par l'organisation et les collègues de travail ainsi que l'accessibilité à des formations sur les soins de fin de vie sont des stratégies concrètes susceptibles d'atténuer les stressors organisationnels et professionnels. L'offre d'un *accompagnement professionnel* par les pairs et par l'organisation serait une valeur ajoutée pour la pratique clinique des infirmières soignantes en encadrant et en encourageant leur développement professionnel.

Soutien organisationnel, intra et interprofessionnel. Les infirmières soignantes admettent qu'elles reçoivent peu ou pas de soutien de leurs collègues infirmières (33, 39), des médecins (6, 27), de leur gestionnaire d'unité (17, 27, 39, 44) ou de l'organisation (39). Les professionnels spécialisés en soins palliatifs qui sont accessibles (19, 45) et qui mettent leur expertise à la disposition des infirmières soignantes, les soutiennent davantage (18, 19, 22, 37, 40). Les différences culturelles, les valeurs et les croyances divergentes des collègues sur les soins de fin de vie (20, 40), l'inégalité dans les relations infirmières-médecins (31) et une communication déficiente entre les professionnels (21, 40, 43, 45) peuvent entraver l'offre de soins palliatifs de qualité. La DSI et les gestionnaires d'unités sont invités à encourager le travail interdisciplinaire en facilitant les communications entre les intervenants des équipes de soins (6, 15, 16, 18, 21, 27, 28, 40, 45, 46). La clarification des rôles et des responsabilités des intervenants (45), le partage d'une même vision et le maintien du sentiment d'appartenance au sein de l'équipe (21) favorisent la collaboration intra et interprofessionnelle. La valorisation du rôle infirmier (6) au sein des équipes de soins ainsi que la participation des infirmières aux prises

de décision (47) permettent de véhiculer la voix infirmière au service de l'offre de soins palliatifs de qualité dans un contexte de soins curatifs.

Formation. Le transfert de connaissances par des séances de formation destinées aux infirmières qui prodiguent des soins de fin de vie dans des environnements de soins curatifs, est un stressor professionnel (12). En effet, il ne semble pas être une priorité pour les gestionnaires (17, 40) et sa disponibilité limitée diffère d'une unité de soins à une autre (17, 44). Ces séances de formation sont idéalement offertes par des professionnels détenant une expertise en soins palliatifs (17, 28, 33, 37, 40, 45). Différents sujets tels les défis de la pratique clinique (17), les compétences en communication (46) et la médication destinée aux soins palliatifs (37) sont abordés. Diverses stratégies sont utilisées comme la supervision clinique (27), les histoires de cas (21, 45), les activités de co-développement (1) et les groupes de discussions (21). La formation améliore la pratique clinique (17, 45, 48), augmente la confiance des infirmières soignantes (17) et facilite leur rétention (48).

Environnement de pratique. Des études dénoncent le manque d'espaces privés pour les familles (49) et de chambres privées (25, 39, 42) qui pourraient accueillir un patient en fin de vie afin de leur offrir un environnement intimiste (18, 21, 23, 31, 42, 44, 49). Lorsqu'elles existent, les chambres individuelles sont prioritairement destinées aux patients en isolement afin de contrôler la transmission d'agents pathogènes (18, 31, 39, 42, 44). Les chambres partagées sont des milieux qui peuvent compromettre l'intimité (23, 28, 34, 49) et créer des malaises auprès des patients voisins lors d'un décès (44). Or, certains écrits énoncent plutôt que ces environnements peuvent encourager les interactions sociales entre les patients et briser

l'isolement des personnes en fin de vie (23, 31, 44, 49). En somme, les infirmières sont encouragées à offrir le choix aux patients en fin de vie de séjourner dans une chambre individuelle lorsqu'elles sont disponibles (44, 49). D'ailleurs, l'article 12 de la Loi concernant les soins de fin de vie, S-32.0001 R. L. R. Q. (2017), émet que « [pour] la période précédant de quelques jours le décès d'une personne qui reçoit des soins de fin de vie, tout établissement doit lui offrir une chambre qu'elle est seule à occuper. [...] » (S-32.0001 R. L. R. Q. §12, 2017).

Catégories émergentes

Au-delà du cadre de référence du modèle d'organisation des soins infirmiers de Dubois, D'Amour (13), quelques concepts pertinents émergent des écrits recensés. Ceux-ci sont également essentiels à considérer afin de saisir la réalité des infirmières soignantes qui prodiguent des soins palliatifs dans un environnement de soins curatifs. La division du travail au sein de l'équipe de soins ainsi que le cadre professionnel et l'accompagnement professionnel offerts à ces infirmières, sont des concepts contributoires et déterminants à une expérience professionnelle plus satisfaisante de soigner des patients en fin de vie au travers d'une culture organisationnelle issue d'un contexte de soins curatifs.

Expérience de soigner. Pour offrir des soins palliatifs de qualité aux bénéficiaires, il faut s'y intéresser (17) et détenir des connaissances dans le domaine (27). L'intelligence émotionnelle (31) que devrait détenir une infirmière qui prodigue des soins de fin de vie se déploie en diverses qualités tels l'empathie, le respect, la compassion et l'écoute active (17, 20, 31, 42). Pour certaines infirmières, l'expérience d'offrir des soins palliatifs est gratifiante (6, 17, 18, 25), est un privilège (6, 33) et une opportunité d'acquérir des connaissances, de se découvrir

d'avantage et de donner un sens à leur pratique clinique (6). Alors que pour d'autres, cette expérience est malaisante (31). Ces infirmières peuvent vivre de la détresse (18), de l'insomnie (26), de la colère ou de la peine face à l'impuissance à l'arrivée de la mort des patients (27). Le stress (27, 39, 41), l'épuisement (27, 39), l'anxiété (44) qu'elles peuvent vivre mènent parfois à des problèmes physiques de santé au travail (39). Des écrits évoquent la nécessité d'offrir aux infirmières soignantes des espaces de discussions encadrés qui leur permettraient d'échanger avec des collègues sur leur expérience de soigner, de verbaliser sur leur fatigue émotionnelle et de recevoir du soutien de leurs pairs (6, 21, 26, 28, 42).

Culture des unités de soins mixtes. Des écrits dénotent que les unités de soins mixtes ne sont pas des environnements appropriés pour offrir des soins de fin de vie de qualité (23, 25, 43), car elles ont tendance à prioriser davantage les soins curatifs au détriment des soins palliatifs (18, 31, 34, 43, 46). Il est souvent véhiculé sur ces unités que la mort est perçue comme un échec (20). La culture de ces milieux de soins est plutôt basée sur un principe individualiste et fragmentaire en raison de la pratique clinique diversifiée entre les intervenants (42). L'accompagnement en fin de vie est parfois négligé alors qu'une philosophie de préservation de la vie domine dans ces milieux où se côtoie les deux types de soins (6, 28). Plusieurs études rapportent que les infirmières manquent de temps pour offrir des soins de fin de vie de qualité (19, 26, 27, 34, 36, 41). La lourde charge de travail nuit à la priorisation des besoins des patients en soins palliatifs (26, 39). Ces stressseurs professionnels (12) s'inscrivent dans la nécessité de répondre prioritairement aux besoins des patients nécessitant des soins curatifs (27). Bergenholtz, Jarlbaek (34) rapportent que l'instauration de modèles de soins considérant la culture de soins de l'établissement de santé devrait faire partie des priorités des unités de soins.

Tableau 1
Stresseurs répertoriés selon les concepts du cadre de référence de Dubois, D'Amour (13)

		Concepts		
		Dotation	Champ d'exercice	Environnement de travail
Stresseurs	Organisationnels	<ul style="list-style-type: none"> accès restreint à une variété d'effectifs manque de main d'œuvre haut taux de roulement du personnel infirmier 	<ul style="list-style-type: none"> absence d'outils cliniques 	<ul style="list-style-type: none"> manque d'appui des collègues, de l'organisation divergence dans les croyances, les valeurs différences culturelles inégalité dans les relations infirmières-médecins communication déficiente entre les professionnels
	Professionnels		<ul style="list-style-type: none"> méconnaissance des besoins et des signes cliniques des bénéficiaires soins interventionnistes absences d'outils cliniques 	<ul style="list-style-type: none"> manque de formation sur les soins de fin de vie
	Émotionnels		<ul style="list-style-type: none"> anxiété et inconfort de discuter des soins de fin de vie inconfort à intégrer les soins spirituels 	
		↑	↑	↑
sont susceptibles d'atténuer les stresseurs				
		DIVISION DU TRAVAIL	CADRE PROFESSIONNEL	ACCOMPAGNEMENT PROFESSIONNEL

Proposition d'un modèle d'organisation des soins infirmiers

La recension des écrits a permis de façonner un nouveau modèle d'organisation des soins infirmiers sensible à la réalité des unités de soins mixtes sur lesquelles cohabitent des soins palliatifs et des soins curatifs (Fig. 2). Pour parvenir à cette fin, le modèle de Dubois, D'Amour (13) a été adapté à ce contexte de soins en proposant le modèle OASIS (**O**rganisation **A**dapté aux Soins palliatifs/curatifs en soutien aux **I**nfirmières **S**oignantes).

Ce nouveau modèle se veut être novateur et intégrateur de la réalité des contextes de soins mixtes et vise à atténuer les stressors organisationnels, professionnels et émotionnels. Les concepts de la dotation, du champ d'exercice ainsi que de l'environnement de travail du cadre de référence de Dubois, D'Amour (13) sont repris dans le modèle OASIS. Ces trois concepts définissent la culture de l'organisation des unités de soins et représentent un ensemble de facteurs qui influencent la productivité en vue de l'atteinte de résultats (santé au travail et satisfaction au travail des infirmières soignantes ainsi que qualité et sécurité des soins aux patients). Des stressors organisationnels, professionnels et/ou émotionnels peuvent potentiellement affecter l'offre de soins palliatifs de qualité et sécuritaires aux bénéficiaires ainsi que nuire à la santé et à la satisfaction au travail des infirmières soignantes. En somme, la division efficiente et efficace du travail au sein de l'équipe de soins, le cadre professionnel qui sert d'appui à la pratique clinique des infirmières soignantes ainsi que l'accompagnement professionnel qu'elles nécessitent, sont des concepts susceptibles d'atténuer ces stressors et ces concepts contribuent à leur expérience de soigner les patients dans un contexte de cohabitation de soins palliatifs et de soins curatifs. Le modèle OASIS propose diverses stratégies susceptibles d'atténuer ces stressors. Ces stratégies visent à optimiser l'utilisation des ressources et rendre

l'organisation du travail plus efficiente et plus efficace de l'offre de soins palliatifs dans un environnement de soins curatifs. Elles agissent sur les concepts de la dotation, du champ d'exercice ainsi que de l'environnement de travail des milieux de soins mixtes. De plus, ces stratégies ont le potentiel de soutenir les infirmières gestionnaires dans leur recherche de solutions organisationnelles pour assurer la qualité et la sécurité des soins en fin de vie offerts en milieux curatifs et promouvoir une santé et une satisfaction au travail des infirmières soignantes. Le nouveau modèle d'organisation des soins infirmiers adapté aux unités de soins mixtes propose une OASIS de travail pour les infirmières soignantes.

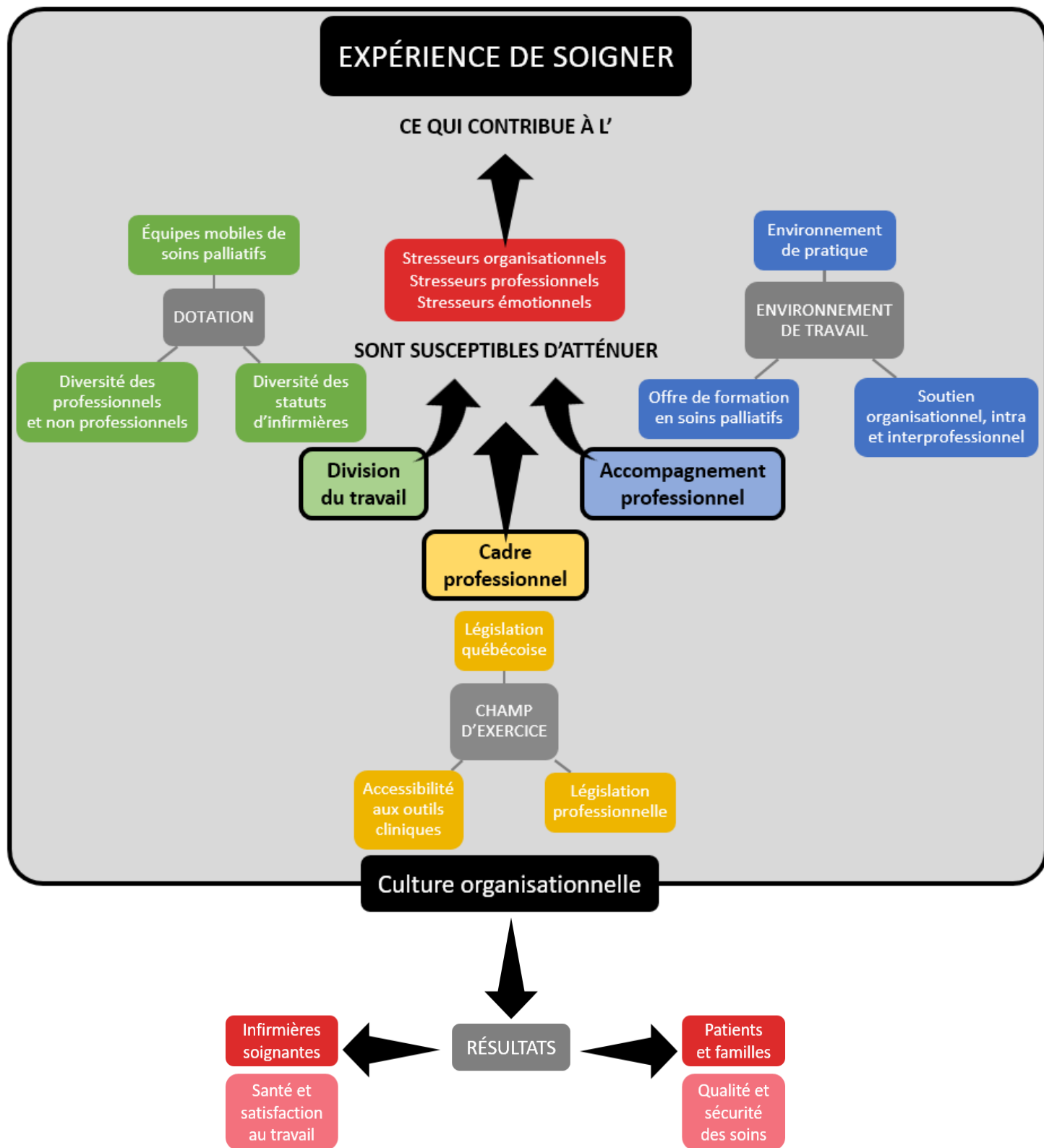


Fig. 2 - Modèle OASIS

Discussion

Dubois, D'Amour (13) ont développé un modèle d'organisation des soins infirmiers destiné aux unités de soins aigus en milieux hospitaliers au Québec. La présente recension des écrits rapporte que certaines caractéristiques des concepts du modèle d'organisation des soins infirmiers de Dubois, D'Amour (13) s'avèrent être des stressseurs organisationnels, professionnels et émotionnels. Or, ces stressseurs entravent l'offre de soins palliatifs de qualité et sécuritaires prodigués par les infirmières soignantes dans les environnements curatifs. Une culture organisationnelle qui vit d'une philosophie de soins encourageant la sauvegarde de la vie au détriment de l'accompagnement en fin de vie, nuit à la satisfaction au travail des infirmières. Des articles de recherche ainsi que des textes issus de la littérature grise proposent des stratégies susceptibles d'atténuer ces stressseurs dans l'optique d'offrir des soins de fin de vie de qualité et sécuritaires aux bénéficiaires tout en souhaitant améliorer la santé et la satisfaction au travail des infirmières soignantes. Le modèle OASIS se veut être une adaptation du modèle d'organisation des soins infirmiers de Dubois, D'Amour (13) pour les contextes de soins mixtes où cohabitent des soins palliatifs et des soins curatifs.

La recension des écrits comporte certaines limites. La majorité des études ont été réalisées dans un seul milieu clinique auprès d'un petit échantillon non théorique où souvent la participation était biaisée sur l'intérêt des infirmières et où peu d'hommes infirmiers ont participé aux recherches. Leurs résultats sont pour la plupart non transférables à d'autres populations ou à d'autres environnements que dans les études. La prudence est de mise dans la proposition de stratégies organisationnelles des soins infirmiers qui seraient susceptibles d'atténuer les stressseurs organisationnels, professionnels et émotionnels dans les milieux de

soins où cohabitent des soins palliatifs et des soins curatifs.

Conclusion

Les infirmières soignantes peuvent, à un moment ou à un autre, avoir à prodiguer des soins de fin de vie à leur clientèle et ce, indépendamment du domaine et du milieu où elles pratiquent (37). Ces soins doivent être offerts à tous les patients qui les nécessitent et ce, indépendamment de leur portrait clinique (15, 16). Dans un contexte d'unités de soins mixtes sur lesquelles cohabitent des soins palliatifs ainsi que des soins curatifs, les infirmières gestionnaires doivent se préoccuper de la santé au travail des infirmières soignantes et de leur satisfaction au travail dans l'optique d'offrir des soins de santé de qualité et sécuritaires aux patients. Ainsi, les infirmières gestionnaires qui souhaiteront se pencher sur les stresseurs organisationnels présents sur les unités, devraient mieux soutenir et accompagner les infirmières soignantes. La recension des écrits avait pour objectif de leur offrir un outil pour appuyer leur réflexion en ce qui concerne diverses stratégies susceptibles d'atténuer ces stresseurs organisationnels. Axer ces stratégies sur une division efficiente et efficace du travail, encadrer la pratique clinique des infirmières soignantes selon les normes professionnelles et leur offrir un accompagnement professionnel, sauront contribuer à l'expérience de soigner les patients en fin de vie dans un contexte d'unités de soins mixtes en réduisant les stresseurs organisationnels, professionnels et émotionnels. Le modèle OASIS serait un outil adapté à ces environnements de soins. Pour conclure, d'autres projets de synthèse des connaissances pourraient s'intéresser aux milieux de soins critiques. La philosophie de soins prédominante dans ces environnements est la préservation de la vie aux dépens de l'accompagnement des familles qui vivent une expérience de fin de vie d'un proche.

Déclaration de conflits d'intérêts

Les auteures de l'article ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Remerciements

Les auteures souhaitent remercier Monsieur Alain Legault, Ph. D., infirmier, professeur agrégé de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (Montréal, Québec, Canada) et expert en soins palliatifs, pour sa généreuse contribution qui a su bonifier l'article.

Références (article)

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Soins palliatifs et de fin de vie - Plan de développement 2015-2020. 2015.
2. Institut de la statistique du Québec. Les scénarios d'analyse des perspectives démographiques du Québec, 2011-2061. Données sociodémographiques en bref. 2015;20(1):19-25.
3. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. La Gouverne des soins infirmiers dans le cadre d'une organisation de services intégrés - Une contribution essentielle à la réussite du projet clinique. 2004.
4. Le Sénat du Canada. Monter la barre : Plan d'action pour de meilleurs soins palliatifs au Canada [En ligne]. 2010. Disponible: http://www.virtualhospice.ca/Assets/Monter%20la%20barre%20Juin%202010_20100608172628.pdf
5. Fillion L, Truchon M, L'Heureux M, Gélinas C, Bellemare M, Langlois L, et al. Amélioration des services et des soins de fin de vie - Mieux comprendre les effets sur la satisfaction et le bien-être des infirmières. 2013.
6. Fortin M-L, Bouchard L. Soigner des personnes en fin de vie dans une unité de soins curatifs : Privilèges et déchirements. *Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*. 2008;19(3):110-6.
7. Johansson K, Lindahl B. Moving between rooms – moving between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;21(13-14):2034-43.
8. Sadler K. Un digne combat. *Perspective infirmière*. 2012;9(1):50-1.
9. Dorris S. La détresse morale - Comprendre la détresse morale des infirmières en milieux de soins pour pouvoir mieux y faire face. *Perspective infirmière*. 2013;10(5):29-31.
10. Tunnah K, Jones A, Johnstone R. Stress in hospice at home nurses: a qualitative study of their experiences of their work and wellbeing. *International Journal of Palliative Nursing*. 2012;18(6):283-9.
11. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour*. 1981;2(2):99-113.
12. Fillion L, Saint-Laurent L. Stresseurs liés au travail infirmier en soins palliatifs : l'importance du soutien organisationnel, professionnel et émotionnel 2003.
13. Dubois C-A, D'Amour D, Tchouaket E, Rivard M, Clarke S, Blais R. A taxonomy of nursing care organization models in hospitals. *BMC Services Research*. 2012;12(286):1-15.

14. Arksey H, O'Malley L. Scoping Studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 2005;8(1):19-32.
15. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Soins palliatifs et de fin de vie - Volet 1 : Recension des écrits. 2013.
16. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Soins palliatifs et de fin de vie - Volet 2 : Recension de pratiques. 2013.
17. Cotterell P, Lynch C, Peters D. Bridging the gap : Can a link nurse initiative influence palliative care in an acute hospital? *International Journal of Palliative Nursing*. 2007;13(3):102-8.
18. Chan L. "Dying people don't belong here" : How cultural aspects of the acute medical ward shape care of the dying. Université McGill. 2014.
19. Ewing G, Farquhar M, Booth S. Delivering palliative care in an acute hospital setting : Views of referrers and specialist provider. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2009;38(3):327-40.
20. Sheward K, Clark J, Marshall B, Allan S. Staff perceptions of end-of-life care in the acute care setting : A New Zealand perspective. *Journal of Palliative Medicine*. 2012;15(4):468-73.
21. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Politique en soins palliatifs de fin de vie. 2010.
22. Le BHC, Watt JN. Care of the dying in Australia's busiest hospital : Benefits of palliative care consultation and methods to enhance access. *Journal of Palliative Medicine*. 2010;13(7):855-60.
23. Porock D, Pollock K, Jurgens F. Dying in public : The nature of dying in an acute hospital setting. *Journal of Housing For the Elderly*. 2009;23(1-2):10-28.
24. Gardiner C, Cobb M, Gott M, Ingleton C. Barriers to providing palliative care for older people in acute hospitals. *Age and Ageing*. 2011;40(2):233-8.
25. O'Hara T. Nurses' view on using the Liverpool Care Pathway in an acute hospital setting. *International Journal of Palliative Nursing*. 2011;17(5):239-44.
26. Mak YW, Chiang VCL, Chui WT. Experiences and perceptions of nurses caring for dying patients and families in the acute medical admission setting. *International Journal of Palliative Nursing*. 2013;19(9):423-31.

27. Wallerstedt B, Andershed B. Caring for dying patients outside special palliative care settings : Experiences from a nursing perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2007;21(1):32-40.
28. Roche-Fahy V, Dowling M. Providing comfort to patients in their palliative care trajectory : Experiences of female nurses working in an acute setting. *International Journal of Palliative Nursing*. 2009;15(3):134-41.
29. Francoeur L, Durant S. La Loi concernant les soins de fin de vie - Rôles et responsabilités de l'infirmière. *Perspective infirmière*. 2016;13(1):56-64.
30. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Mémoire - Optimiser la contribution des infirmières et infirmiers pour améliorer l'accès aux soins, améliorer la qualité et la sécurité des soins et contrôler les coûts. 2014.
31. Bloomer MJ, Endacott R, O'Connor M, Cross W. The 'dis-ease' of dying : Challenges in nursing care of the dying in the acute hospital setting. A qualitative observational study. *Palliative Medicine*. 2013;27(8):757-64.
32. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Soins palliatifs et de fin de vie - Volet 3 : Consultation d'experts. 2013.
33. O'Connor M, Chapman Y. The palliative care clinical nurse consultant : An essential link. *Collegian*. 2008;15(4):151-7.
34. Bergenholtz H, Jarlbaek L, Hølge-Hazelton B. Generalist palliative care in hospital : Cultural and organisational interactions. Results of a mixed-methods study. *Palliative Medicine*. 2016;30(6):558-66.
35. Yoshioka S, Moriyama M. Factors and structural model related to end-of-life nursing care in general ward in Japan. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. 2012;30(2):146-52.
36. Dosser I, Kennedy C. Family carers' experiences of support at the end of life : Carers' and health professionals' views. *International Journal of Palliative Nursing*. 2012;18(10):491-7.
37. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Mémoire - Mourir dans la dignité - Développer d'abord les soins palliatifs. 2014.
38. Institut national de santé publique du Québec. Soins palliatifs de fin de vie au Québec : Définition et mesure d'indicateurs - Partie 1 : Population adulte (20 ans et plus). 2006.
39. McCourt R, Power JJ, Glackin M. General nurses' experiences of end-of-life care in the acute hospital setting : A literature review. *International Journal of Palliative Nursing*. 2013;19(10):510-6.

40. Johnson SC, Gray P. Understanding nurses' experiences of providing end-of-life care in the US hospital setting. *Holistic Nursing Practice*. 2013;27(6):318-28.
41. Selby D, Seccaraccia D, Huth J, Kurrpa K, Fitch M. A qualitative analysis of a healthcare professional's understanding and approach to management of spiritual distress in an acute care setting. *Journal of Palliative Medicine*. 2016;19(11):1197-204.
42. Bergenholtz H, Jarlbaek L, Hølge-Hazelton B. The culture of general palliative nursing care in medical departments : An ethnographic study. *International Journal of Palliative Nursing*. 2015;21(4):193-201.
43. Reyniers T, Houttekier D, Cohen J, Pasman HR, Deliens L. The acute hospital setting as a place of death and final care : A qualitative study on perspectives of family physicians, nurses and family carers. *Health & Place*. 2014;27:77-83.
44. Casey D, Murphy K, Ni Leime A, Larkin P, Payne S, Froggatt KA, et al. Dying well : Factors that influence the provision of good end-of-life care for older people in acute and long-stay care settings in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;20(13-14):1824-33.
45. Gardiner C, Gott M, Ingleton C. Factors supporting good partnership working between generalist and specialist palliative care services. *British Journal of General Practice*. 2012;62(598):e353-e62.
46. Gott M, Ingleton C, Bennett MI, Gardiner C. Transitions to palliative care in acute hospital in England : Qualitative study. *British Medical Journal*. 2011;342:1-7.
47. Kutney-Lee A, Brennan CW, Meterko M, Ersek M. Organization of nursing and quality of care for veterans at the end of life. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2015;49(3):570-7.
48. Yoshioka S, Moriyama M, Ohno Y. Efficacy of the end-of-life nursing care continuing education program for nurses in general wards in Japan. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. 2014;31(5):513-20.
49. Brereton L, Gardiner C, Gott M, Ingleton C, Barnes S, Carroll C. The hospital environment for end of life care of older adults and their families : An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*. 2011;68(5):981-93.

Proposition d'un modèle d'organisation des soins infirmiers

La recension des écrits a permis de façonner un nouveau modèle d'organisation des soins infirmiers sensible à la réalité des unités de soins mixtes sur lesquelles cohabitent des soins palliatifs et des soins curatifs (Figure 8). Pour parvenir à cette fin, le modèle de Dubois et al. (2012) a été adapté à ce contexte de soins en proposant le modèle OASIS (**O**rganisation **A**dapté aux **S**oins palliatifs/curatifs en soutien aux **I**nfirmières **S**oignantes).

Ce nouveau modèle se veut être novateur et intégrateur de la réalité des contextes de soins mixtes et vise à atténuer les stressors organisationnels, professionnels et émotionnels. Les concepts de la dotation, du champ d'exercice ainsi que de l'environnement de travail du cadre de référence de Dubois et al. (2012) sont repris dans le modèle OASIS. Ces trois concepts définissent la culture de l'organisation des unités de soins et représentent un ensemble de facteurs qui influencent la productivité en vue de l'atteinte de résultats (santé au travail et satisfaction au travail des infirmières soignantes ainsi que qualité et sécurité des soins aux patients). La dotation des unités de soins mixtes fait appel à la nécessité de mobiliser des équipes mobiles spécialisées en soins palliatifs ainsi que divers statuts d'infirmières, de professionnels de la santé et de non professionnels afin de faciliter la division et l'organisation du travail. Le champ d'exercice décrit le cadre professionnel qui doit sous-tendre la prestation des soins et des services des infirmières soignantes. Pour se faire, elles se doivent de respecter les mesures définies par les législations québécoises et professionnelles. Les établissements de soins, quant à eux, ont la responsabilité de rendre disponibles aux soignantes des outils cliniques en vue d'offrir des soins et des services de qualité et sécuritaires basés sur des données probantes. L'environnement de travail des infirmières soignantes doit leur offrir des opportunités d'accompagnement par les pairs et par l'organisation ainsi que des possibilités de

développement professionnel par de la formation. Des stresseurs organisationnels, professionnels et/ou émotionnels peuvent potentiellement affecter l'offre de soins palliatifs de qualité et sécuritaires aux bénéficiaires ainsi que nuire à la santé et à la satisfaction au travail des infirmières soignantes. En somme, la division efficiente et efficace du travail au sein de l'équipe de soins, le cadre professionnel qui sert d'appui à la pratique clinique des infirmières soignantes ainsi que l'accompagnement professionnel qu'elles nécessitent, sont des concepts susceptibles d'atténuer ces stresseurs et ces concepts contribuent à leur expérience de soigner les patients dans un contexte de cohabitation de soins palliatifs et de soins curatifs. Le modèle OASIS propose diverses stratégies susceptibles d'atténuer ces stresseurs. Ces stratégies visent à optimiser l'utilisation des ressources et rendre l'organisation du travail plus efficiente et plus efficace de l'offre de soins palliatifs dans un environnement de soins curatifs. Elles agissent sur les concepts de la dotation, du champ d'exercice ainsi que de l'environnement de travail des milieux de soins mixtes. De plus, ces stratégies ont le potentiel de soutenir les infirmières gestionnaires dans leur recherche de solutions organisationnelles pour assurer la qualité et la sécurité des soins en fin de vie offerts en milieux curatifs et promouvoir une santé et une satisfaction au travail des infirmières soignantes. Le nouveau modèle d'organisation des soins infirmiers adapté aux unités de soins mixtes propose une OASIS de travail pour les infirmières soignantes.

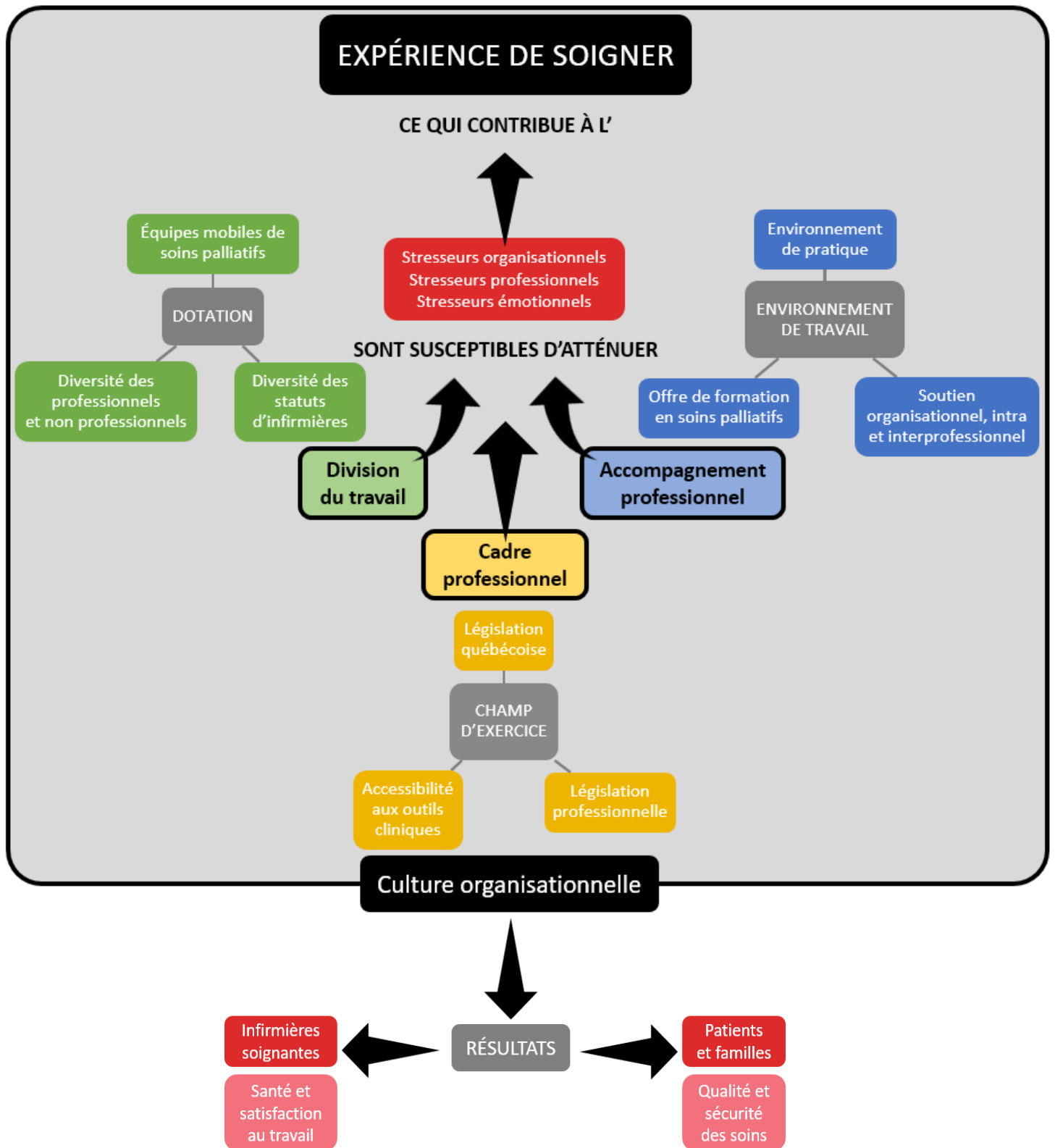


Figure 8. Modèle OASIS

Discussion

Dubois et al. (2012) ont développé un modèle d'organisation des soins infirmiers destiné aux unités de soins aigus en milieux hospitaliers au Québec. La présente recension des écrits rapporte que certaines caractéristiques des concepts du modèle d'organisation des soins infirmiers de Dubois et al. (2012) s'avèrent être des stressseurs organisationnels, professionnels et émotionnels. Or, ces stressseurs entravent l'offre de soins palliatifs de qualité et sécuritaires prodigués par les infirmières soignantes dans les environnements curatifs. Une culture organisationnelle qui vit d'une philosophie de soins encourageant la sauvegarde de la vie au détriment de l'accompagnement en fin de vie, nuit à la satisfaction au travail des infirmières. Des articles de recherche ainsi que des textes issus de la littérature grise proposent des stratégies susceptibles d'atténuer ces stressseurs dans l'optique d'offrir des soins de fin de vie de qualité et sécuritaires aux bénéficiaires tout en souhaitant améliorer la santé au travail et la satisfaction au travail des infirmières soignantes. Le modèle OASIS se veut être une adaptation du modèle d'organisation des soins infirmiers de Dubois et al. (2012) pour les contextes de soins mixtes où cohabitent à la fois des soins palliatifs et des soins curatifs.

Forces et limites

Certaines forces et limites sont identifiées dans ce présent travail. La recension des écrits souhaitait répondre à la question du travail dirigé qui consistait à identifier *quelles caractéristiques des modèles d'organisation des soins infirmiers en milieux hospitaliers sont susceptibles d'atténuer les stressseurs organisationnels où cohabitent à la fois des soins palliatifs et des soins curatifs?* Pour réaliser cette recension, une méthodologie rigoureuse a été entamée selon la stratégie de recherche du *scoping review*. Cette stratégie a permis de générer un corpus de connaissances à partir d'une variété de sources d'informations et de s'informer du contexte

organisationnel québécois. Le cadre de référence du modèle d'organisation des soins infirmiers de Dubois et al. (2012) a servi de canevas afin de guider la collecte des résultats des écrits. Une bibliothécaire en recherche documentaire de l'Université de Montréal ainsi qu'un Comité d'approbation et un Jury d'évaluation sur lesquels siégeaient un professeur expert en soins palliatifs et la directrice de maîtrise, ont assuré la rigueur de la démarche scientifique de la recension des écrits.

Malgré ses forces, cette recension comporte également certaines limites. Peu d'écrits abordaient la dotation sous le thème du ratio idéal infirmière-patients dans un contexte de prestation de soins palliatifs de qualité et sécuritaires dans un environnement curatif. Les textes proposaient peu de stratégies sur l'assignation des patients requérant des soins palliatifs ou des soins curatifs aux infirmières soignantes. Une révision des critères d'inclusion serait à considérer afin de mieux cibler des écrits qui traiteraient de ces aspects organisationnels. Les articles de recherche rapportent peu d'informations sur la déontologie qui encadre la pratique clinique des infirmières soignantes. La question du travail dirigé visait à identifier des éléments des modèles d'organisation des soins infirmiers susceptibles d'atténuer les stressors de nature organisationnelle. Or, quelques éléments répertoriés ont comme portée d'atténuer les stressors émotionnels et les stressors professionnels. Les écrits recensés comportent aussi des limites. La majorité des études ont été réalisées dans un seul milieu clinique auprès d'un petit échantillon non théorique où souvent la participation était biaisée sur l'intérêt des infirmières et où peu d'hommes infirmiers ont participé aux recherches. Leurs résultats sont pour la plupart non transférables à d'autres populations ou à d'autres environnements que dans les études. La prudence est de mise dans la proposition de stratégies organisationnelles des soins infirmiers

qui seraient susceptibles d'atténuer les stressseurs organisationnels, professionnels et émotionnels dans les milieux de soins où cohabitent des soins palliatifs et des soins curatifs.

Conclusion

Les infirmières soignantes peuvent, à un moment ou à un autre, avoir à prodiguer des soins de fin de vie à leur clientèle et ce, indépendamment du domaine et du milieu où elles pratiquent (OIIQ, 2014a). Ces soins doivent être offerts à tous les patients qui les nécessitent et ce, indépendamment de leur portrait clinique (ASSS de la Montérégie, 2013a, 2013b). Dans un contexte d'unités de soins mixtes sur lesquelles cohabitent des soins palliatifs ainsi que des soins curatifs, les infirmières gestionnaires doivent se préoccuper de la santé et de la satisfaction au travail des infirmières soignantes dans l'optique d'offrir des soins de santé de qualité et sécuritaires aux patients. Ainsi, les infirmières gestionnaires qui souhaiteront se pencher sur les stresseurs organisationnels présents sur les unités, devraient mieux soutenir et accompagner les infirmières soignantes. La recension des écrits avait pour objectif de leur offrir un outil pour appuyer leur réflexion en ce qui concerne diverses stratégies susceptibles d'atténuer ces stresseurs organisationnels. Axer ces stratégies sur une division efficiente du travail, encadrer la pratique clinique des infirmières soignantes selon les normes professionnelles et leur offrir un accompagnement professionnel, sauront contribuer à l'expérience de soigner les patients en fin de vie dans un contexte d'unités de soins mixtes en réduisant les stresseurs organisationnels, professionnels et émotionnels. Le modèle OASIS serait un outil adapté à ces environnements de soins. Pour conclure, d'autres projets de travaux dirigés pourraient s'intéresser aux milieux de soins critiques. La philosophie de soins prédominante dans ces environnements est la préservation de la vie aux dépens de l'accompagnement des familles qui vivent une expérience de fin de vie d'un proche.

Références (travail dirigé)

- Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. (2013a). *Soins palliatifs et de fin de vie - Volet 1 : Recension des écrits*. Repéré à http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3592/Recension_SP_VF.pdf/
- Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. (2013b). *Soins palliatifs et de fin de vie - Volet 2 : Recension de pratiques*. Repéré à http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3593/Pratiques_SP_VF.pdf/
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping Studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. doi: 10.1080/1364557032000119616
- Association canadienne de soins palliatifs. (2015). Tout dépend d'où on vit... Les contextes de soins de santé au Canada. Repéré à <http://acsp.net/nouvelles-et-%C3%A9v%C3%A9nements/news-item-15.aspx>
- Davis, K., Drey, N., & Gould, D. (2009). What are scoping studies? A review of the nursing literature. *International Journal of Nursing Studies*, 46(10), 1386-1400.
- Dorris, S. (2013). La détresse morale - Comprendre la détresse morale des infirmières en milieux de soins pour pouvoir mieux y faire face. *Perspective infirmière*, 10(5), 29-31. Repéré à <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol10no5/10-ethique.pdf>
- Dubois, C.-A., D'Amour, D., Tchouaket, E., Rivard, M., Clarke, S., & Blais, R. (2012). A taxonomy of nursing care organization models in hospitals. *BMC Services Research*, 12(286), 1-15. doi: 10.1186/1472-6963-12-286
- Elsevier Masson Consulte. (2016). Revue francophone internationale de recherche infirmière. Repéré à <http://www.em-consulte.com/revue/REFIRI/presentation/revue-francophone-internationale-de-recherche-infi>
- Fillion, L., & Saint-Laurent, L. (2003). Stresseurs liés au travail infirmier en soins palliatifs : l'importance du soutien organisationnel, professionnel et émotionnel Repéré à http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/OGC/fillion_final.pdf
- Fillion, L., Truchon, M., L'Heureux, M., Gélinas, C., Bellemare, M., Langlois, L., . . . Robitaille, M.-A. (2013). Amélioration des services et des soins de fin de vie - Mieux comprendre les effets sur la satisfaction et le bien-être des infirmières. Repéré à <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-794.pdf>
- Fortin, M.-L., & Bouchard, L. (2008). Soigner des personnes en fin de vie dans une unité de soins curatifs : Privilèges et déchirements. *Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 19(3), 110-116. doi: 10.5737/1181912x193110116

- Institut de la statistique du Québec. (2015a). Le bilan démographique du Québec - Édition 2015. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2015.pdf#page=53>
- Institut de la statistique du Québec. (2015b). Les scénarios d'analyse des perspectives démographiques du Québec, 2011-2061. *Données sociodémographiques en bref*, 20(1), 19-25. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/docs-hmi/statistiques/conditions-vie-societe/bulletins/sociodemo-vol20-no1.pdf#page=19>
- Johansson, K., & Lindahl, B. (2011). Moving between rooms – moving between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 21(13-14), 2034-2043. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03952.x
- La Fontaine, L. (2011). Histoire des soins palliatifs au Québec. *Bulletin du Réseau de soins palliatifs du Québec*, 19(1), 7. Repéré à www.aqsp.org/wp-content/uploads/2013/04/Volume-19-no-1.pdf
- Lapointe, J. (2010). Mourir dans la dignité - Développer d'abord les soins palliatifs. Repéré à https://www.oiiq.org/sites/default/files/Mourir%20dans%20la%20dignité%C3%A9_Final.pdf
- Lavoie, R., & Marcoux, H. (2012). État de la situation des soins palliatifs de fin de vie dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée de la région de la Capitale-Nationale. Repéré à https://www.rrsss03.gouv.qc.ca/documents/RAP-ES-SoinsPalliatifsFinVieCHSLD_001.pdf
- Le Sénat du Canada. (2010). Monter la barre : Plan d'action pour de meilleurs soins palliatifs au Canada. Repéré à http://www.virtualhospice.ca/Assets/Monter%20la%20barre%20Juin%202010_20100608172628.pdf
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*, 5(69), 1-9. doi: 10.1186/1748-5908-5-69
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour*, 2(2), 99-113.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2015). *Soins palliatifs et de fin de vie - Plan de développement 2015-2020*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001531/>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2004a). *La Gouverne des soins infirmiers dans le cadre d'une organisation de services intégrés*. Repéré à <http://www.oiiq.org/uploads/publications/avis/Gouverne.pdf>

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2004b). *La Gouverne des soins infirmiers dans le cadre d'une organisation de services intégrés - Une contribution essentielle à la réussite du projet clinique*. Repéré à <http://www.oiiq.org/uploads/publications/avis/Gouverne.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2014a). *Mémoire - Mourir dans la dignité - Développer d'abord les soins palliatifs*. Repéré à www.oiiq.org/uploads/publications/avis/memoire_mourir_dans_la_dignite.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2014b). *Mémoire - Optimiser la contribution des infirmières et infirmiers pour améliorer l'accès aux soins, améliorer la qualité et la sécurité des soins et contrôler les coûts*. Repéré à www.oiiq.org/sites/default/files/3417-memoire-commission-revision-programmes.pdf
- Ouellette, R., & Lecomte, R. (2002). Population vieillissante oblige : formation à l'intention des intervenants en santé et services sociaux. *Reflète : revue d'intervention sociale et communautaire*, 8(1), 158-163. Repéré à <https://www.erudit.org/revue/ref/2002/v8/n1/026380ar.pdf>
- Sadler, K. (2012). Un digne combat. *Perspective infirmière*, 9(1), 50-51. Repéré à http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/publications/perspective_infirmieres/2012_vol09_no1/16_Soins-palliatifs.pdf
- Spence Laschinger, H. K., Almost, J., Bajnok, I., Bewick, D., Dietrich, D., Eisler, K., . . . Tucker, D. (2007). Développement et maintien du leadership infirmier. Repéré à http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/storage/related/2802_Programme_de_lignes_directrice_spour_la_pratique_exemplaire_des_soins_infirmiers.pdf
- Tunnah, K., Jones, A., & Johnstone, R. (2012). Stress in hospice at home nurses: a qualitative study of their experiences of their work and wellbeing. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(6), 283-289.

Appendice A

Tableau 1 - Tableau d'analyse des écrits

Tableau 1

Tableau d'analyse des écrits

[illegible]

Appendice B

Normes de présentation de la Revue francophone internationale de recherche infirmière
(Elsevier Masson Consulte, 2016)



Revue francophone internationale de recherche infirmière

Instructions aux auteurs



Objectifs de la revue

Les objectifs de la *Revue francophone internationale de recherche infirmière* sont de :

- promouvoir la recherche en sciences infirmières dans l'espace francophone international ;
- contribuer au développement et à la diffusion des savoirs infirmiers dans la communauté infirmière ;
- participer à l'évolution des pratiques ;
- rendre accessible la recherche infirmière.

Les rubriques

- Les articles soumis doivent être des articles originaux, non publiés ou en cours de soumission dans une autre revue.
- Les articles originaux doivent être en lien avec les thématiques suivantes :
 - ✓ clinique ;
 - ✓ santé publique ;
 - ✓ pédagogie ;
 - ✓ formation initiale ;
 - ✓ développement professionnel continu ;
 - ✓ management ;
 - ✓ gestion ;
 - ✓ leadership ;
 - ✓ éthique ;
 - ✓ méthodologie ;
 - ✓ épistémologie ;
 - ✓ instrument de mesure.
- Ils doivent s'inscrire dans la typologie suivante :
 - ✓ éditoriaux ;
 - ✓ lettres à la rédaction ;
 - ✓ articles de recherche :
 - recherches quantitatives (étude descriptive, essai clinique, etc.) ;
 - recherches qualitatives (phénoménologie, ethnographie, théorie ancrée, etc.) ;
 - recherches mixtes ;
 - protocoles de recherche ;
 - ✓ revues :
 - revue de littérature ;
 - clarification de concepts ;
 - revues systématiques, méta-analyse et méta-synthèse ;
 - ✓ recommandations /textes d'experts :
 - développement de recommandations de pratiques cliniques ;
 - analyses commentées/avis d'expert ;

Soumission des articles

La soumission des articles se fait par l'intermédiaire du système Elsevier Editorial (EES) sur le site : <http://ees.elsevier.com/refiri/>

Revue par les pairs

- Les articles ne seront acceptés qu'après avoir été soumis à l'appréciation de plusieurs experts évaluateurs (reviewers).
- La rédaction peut prendre la décision de refuser un manuscrit à tout moment s'il ne correspond pas à la ligne éditoriale.

Présentation générale de l'article

Calibrage/Dactylographie

- Un article ne devra pas excéder 16 pages publiées.
- Une page publiée correspond à 4 000/4 500 signes espaces compris.
- Les manuscrits doivent être saisis dans un logiciel de traitement de texte, Microsoft Word® de préférence, justifiés, dans la police de caractères « Times New Roman », en corps 12, avec un interlignage double.

Page de titre

La page de titre contient (chaque élément ci-dessous est obligatoire) :

- le titre de l'article (mettre, dans le titre de l'article, la mention du type de recherche) ;
- les noms et prénoms des auteurs dans l'ordre dans lequel ils apparaîtront lors de la publication ;
- les titres et fonctions ;
- les affiliations de chacun des auteurs (l'adresse professionnelle postale complète des différents auteurs avec service/département, hôpital/institut, numéro et nom de la voie, code postal, ville, pays) ;
- un décompte du nombre de signes du corps du texte (excluant le résumé, les illustrations et les références) ;
- le nom et l'adresse de l'auteur en charge de la correspondance avec son adresse e-mail ;

- les remerciements (si besoin) ;
- les sources de financements et les conflits d'intérêts éventuels.

Corps de l'article

- Le corps de l'article doit demeurer anonyme pour l'envoi aux lecteurs.
- N'indiquer sur ce fichier que le titre de l'article. Les noms des auteurs, en dehors de la page de titre soumise en fichier séparé, ne doivent pas être mentionnés.
- Le texte doit être paginé à partir de la page d'introduction.
- Le texte doit être saisi en minuscule, ferré à gauche ou justifié.
- Il faut veiller à la ponctuation et aux accents, y compris sur les lettres capitales.
- Si l'auteur utilise des abréviations dans le corps du texte, il est indispensable de les expliciter lors de leur première apparition et de les regrouper, si elles sont nombreuses, sous la forme d'un glossaire.

Résumé et mots-clés

- Le résumé doit être suffisamment clair et informatif pour permettre la compréhension du travail sans lecture complète de l'article. Il ne doit pas dépasser 150 mots ou 1 000 signes.
- Le type de recherche doit apparaître dans le résumé.
- Cinq mots-clés doivent figurer en bas de la page du résumé.
- Le choix des mots-clés a une importance capitale, car ils déterminent la « visibilité » d'un article dans les bases de données.

Références

Les références doivent être impérativement appelées entre crochets selon leur ordre d'apparition dans le texte.

La liste des références complètes sera placée en fin d'article après les conflits d'intérêts.

Leur nombre ne doit pas excéder 40 références.

Dans la liste des références, le formatage doit être conforme au style utilisé dans l'Index Medicus (style « Vancouver » selon les critères et exemples suivants) :

- *Articles de périodique* : liste des noms d'auteurs et initiales de leur prénom (lister les 6 premiers noms d'auteurs, au-delà, suivre de « et al. » et seules la première lettre du nom de chaque auteur et les initiales des prénoms doivent être en majuscules), titre complet de l'article, nom de la revue, année de publication, volume et pages.
=> *Exemple* : Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. Brain Res. 2002;935(1-2):40-6.
- *Références à un livre* : liste des noms d'auteurs et initiales de leur prénom, titre de l'ouvrage dans

la langue originelle, ville, nom de l'éditeur, année d'édition, précision des pages concernant le sujet.
=> *Exemple* : Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002. p. 92-117.

- *Chapitre d'un livre* : noms des auteurs et initiales de leur prénom, titre du chapitre. In: noms des coordinateurs et initiales des prénoms, titre de l'ouvrage, ville, nom de l'éditeur, année d'édition, précision des pages du chapitre.
=> *Exemple* : Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Pour plus d'informations : http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Figures et tableaux

Les figures et tableaux sont obligatoirement appelés dans le texte et conformes aux recommandations suivantes :

- les figures sont numérotées en chiffres arabes, par ordre d'apparition dans le texte où elles sont appelées (Fig. 1) ;
- les tableaux sont numérotés en chiffres arabes, par ordre d'apparition dans le texte : (tableau 1).

Chaque tableau comporte un titre et chaque figure, une légende et un copyright.

Ne pas dépasser 3 tableaux et 4 figures par article.

Légendes des figures

- Les légendes des figures sont également saisies les unes à la suite des autres en double interligne et placées en toute fin de manuscrit après les références. À la fin de chaque légende, est mentionné le copyright de la figure (© prénom + nom détenteur droits figure).
- Lorsqu'une figure est composée de plusieurs images, chaque image doit être légendée spécifiquement par une ou plusieurs phrases complètes susceptibles d'être présentées séparément les unes des autres en regard de chacune des images.

Instructions pour la remise de l'iconographie sous forme numérique

Format et qualité des figures

- Les figures doivent être fournies de préférence en format JPEG (.jpeg), EPS (.eps), ou PDF (.pdf).
- Les formats Word, Powerpoint et Excel ne sont pas acceptés.
- Pour permettre à l'éditeur d'identifier facilement les figures transmises, il est recommandé de nommer les fichiers en indiquant le numéro de la figure et le format utilisé.
Par exemple : « fig1.jpeg », pour le fichier de la figure 1 sous format JPEG.

- La haute résolution est absolument nécessaire pour l'impression. La résolution s'exprime en *dots per inch* (dpi, points par pouce) ou points par cm. Valeur minimale requise : 300 dpi pour une largeur de 85 mm.

Matériel multimédia complémentaire

- Il est possible de soumettre des éléments complémentaires pour accompagner vos articles : images, vidéo, audio, tableaux, protocole, etc.
- Les compléments électroniques ont pour but d'offrir au lecteur une meilleure condition de lecture d'un élément de l'article, d'approfondir un point de l'article ou d'élargir le travail des auteurs.

Épreuves, tirés à part et droits de reproduction

- Lors de la mise en production du manuscrit accepté pour publication, l'éditeur enverra à l'auteur correspondant un formulaire de transfert de droits par courrier électronique, qui sera dûment complété et signé par l'auteur responsable de l'article pour le compte de tous les auteurs, puis retourné à l'éditeur dans les plus brefs délais. Dès parution, toute demande de reproduction devra être adressée à l'éditeur.

- L'auteur correspondant recevra l'épreuve électronique de son article sous forme de fichier PDF.
- Les modifications portant sur le fond ne sont pas acceptées sur les épreuves. Les corrections se limiteront à la typographie.
- L'auteur fera le nécessaire pour retourner à l'éditeur l'épreuve corrigée dans les 48 heures suivant la réception et ce, à toute période de l'année. En cas de retard, l'éditeur se réserve le droit de diffuser l'article sans correction de l'auteur.
- Un tiré à part électronique sera envoyé à l'auteur correspondant une fois son article publié dans un numéro.

Conflits d'intérêts

La *Revue francophone internationale de recherche infirmière* suit les pratiques internationales en matière de déclaration des conflits d'intérêts.

Les auteurs et co-auteurs doivent donc impérativement indiquer les renseignements concernant ce principe :

- vous et vos co-auteurs n'avez aucun conflit d'intérêt à déclarer : en fin d'article doit apparaître la mention « conflits d'intérêts : aucun » ;
- vous et vos co-auteurs avez des conflits d'intérêts à déclarer : pour chaque auteur concerné, les noms des sociétés privées avec lesquelles il a des liens doivent apparaître dans la page de titre.

Appendice C

Tableau 2 - *Équation de la stratégie de recherche dans CINAHL*

Tableau 2

Équation de la stratégie de recherche dans CINAHL

Soins palliatifs (termes MeSH)	Infirmières (mots clés)	Stresseurs organisationnels (termes MeSH)	Environnement (mots clés)
<i>palliative care</i> (TD, NU)	<i>nurs*</i> (TI)	<i>health care delivery</i>	<i>medicine</i> (TI, AB)
OR	OR	OR	OR
<i>hospice and palliative nursing</i> (AM)	<i>nurs*</i> (AB)	<i>health care reform</i>	<i>medical</i> (TI, AB)
OR	OR	OR	OR
<i>terminal care</i> (TD, NU)	<i>nurs*</i> (MW)	<i>accountable care organizations</i>	<i>ward</i> (TI, AB)
OR		OR	OR
<i>hospice care</i> (TD, NU)		<i>health resource allocation</i>	<i>unit</i> (TI, AB)
		OR	OR
		<i>health resource utilization</i>	<i>acute</i> (TI, AB)
		OR	OR
		<i>health services administration</i>	<i>setting</i> (TI, AB)
		OR	OR
		<i>workload</i>	<i>curative</i> (TI, AB)
		OR	OR
		<i>workload measurement</i>	<i>everyday</i> (TI, AB)
		OR	
		<i>nursing shortage</i>	
		OR	
		<i>personnel staffing and scheduling</i>	
		OR	
		<i>organizational structure</i>	
		OR	
		<i>organizational culture</i>	
		OR	
		<i>organizational change</i>	
		OR	
		<i>organizational efficiency</i>	

OR
productivity
OR
work redesign
OR
role conflict
OR
bed occupancy
OR
support
OR
teamwork
OR
nursing administration
OR
nursing management
OR
change management
OR
quality management
OR
work environment
OR
health facility environment
OR
nursing administration
OR
scope of nursing practice
OR
nursing practice
OR
scope of practice

Appendice D

Tableau 3 - *Équation de la stratégie de recherche dans PsycInfo*

Tableau 3

Équation de la stratégie de recherche dans PsycInfo

Soins palliatifs (mots clés)	Infirmières (mots clés)	Stresseurs organisationnels (mots clés)	Environnements (mots clés)	Exclusion (mots clés)
<i>palliative</i>	<i>nurs*</i>	<i>work environnement</i>	<i>medicine</i>	<i>intensive</i>
OR		OR	OR	NOT
<i>terminal</i>		<i>scope practice</i>	<i>medical</i>	<i>neonatal</i>
OR		OR	OR	NOT
« <i>end of life</i> »		<i>staffing</i>	<i>ward</i>	<i>home</i>
		OR	OR	NOT
		<i>delivery</i>	<i>unit</i>	<i>emergency</i>
		OR	OR	NOT
		<i>organisation</i>	<i>acute</i>	<i>community</i>
		OR	OR	NOT
		<i>utilisation</i>	<i>setting</i>	<i>oncology</i>
		OR	OR	
		<i>workload</i>	<i>curative</i>	
	AND	OR	OR	NOT
		<i>shortage</i>	<i>everyday</i>	
		OR		
		<i>scheduling</i>		
		OR		
		<i>structure</i>		
		OR		
		<i>culture</i>		
		OR		
		<i>change</i>		
		OR		
		<i>efficiency</i>		
		OR		
		<i>productivity</i>		

OR
role
OR
bed occupancy
OR
support
OR
teamwork
OR
management
OR
quality

Appendice E

Tableau 4 - *Équation de la stratégie de recherche dans Scopus*

Tableau 4

Équation de la stratégie de recherche dans Scopus

Soins palliatifs (mots clés)	Infirmières (mots clés)	Stresseurs organisationnels (mots clés)	Environnement (mots clés)
<i>palliative</i>	<i>nurs*</i>	<i>work environnement</i>	<i>medicine</i>
OR		OR	OR
<i>terminal</i>		<i>scope practice</i>	<i>medical</i>
OR		OR	OR
« <i>end of life</i> »		<i>staffing</i>	<i>ward</i>
		OR	OR
		<i>delivery</i>	<i>unit</i>
		OR	OR
		<i>organisation</i>	<i>acute</i>
		OR	OR
		<i>utilisation</i>	<i>setting</i>
		OR	OR
		<i>workload</i>	<i>curative</i>
	AND	OR	AND
		<i>shortage</i>	<i>everyday</i>
		OR	
		<i>scheduling</i>	
		OR	
		<i>structure</i>	
		OR	
		<i>culture</i>	
		OR	
		<i>change</i>	
		OR	
		<i>efficiency</i>	
		OR	
		<i>productivity</i>	

OR
role
OR
bed occupancy
OR
support
OR
teamwork
OR
management

Appendice F

Tableau 5 - *Équation de la stratégie de recherche dans Google®*

Tableau 5

Équation de la stratégie de recherche dans Google®

Soins palliatifs	Organisation	Instance
Soins palliatifs OR Soins de fin de vie	Organisation	Gouvernement du Québec OR MSSS OR Ordre des infirmières et infirmiers du Québec OR OIIQ OR CSSS OR CISSS OR CIUSSS OR ASSS OR INSPQ
	AND	AND